Lane Medical Library

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität München
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. O. Bumke)

Über Lues cerebri Psychosen.

JNAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der Medizin

der Hohen Medizinischen Fakultät

der

Universität München

vorgelegt von

FRITZ KALHAMMER

aus

NÜRNBERG

DIETENHEIM
FRIEDRICH RANZ
1928.

Referent: Geheimrat Prof. Dr. O. Bumke

Dekan: Geheimrat Prof. Dr. Mollier.

Vorliegende Arbeit stellt eine Studie über das Lues cerebri-Material der Münchner Psychiatrischen und Nervenklinik aus den Jahren 1912 bis 1924 dar. Es wurde zunächst an Hand von ausführlich gehaltenen Zählkarten eine allgemeine Übersicht gewonnen und statistisch verwertet, sodann eine Reihe von Fällen mit bemerkenswerten psychischen Störungen an Hand der betreffenden Krankengeschichten ausführlich bearbeitet, wobei ein besonders großer Wert auf katamnestische Erhebungen gelegt wurde. Bei dieser Art des Vorgehens ist es natürlich immer schwierig, aus den toten Buchstaben das ganze Wesen einer Psychose wieder lebendig herauszuarbeiten, aber bei dem großen Münchner Material erscheint es doch von einigem Wert, durch diese Arbeit eine Kritik und Zusammenstellung zu liefern, zumal die Literatur über die Hirnsyphilis in den letzten 15 bis 20 Jahren nicht recht reichhaltig ist.

Seit der Einführung der Wassermann'schen Reaktion als neues diagnostisches Hilfsmittel erschienen als wesentlichste Arbeiten über die Lues cerebri jene, welche am Schlusse im Literaturverzeichnis angeführt sind. Es sei an dieser Stelle auf das hervorragende Werk von Krause aus dem Jahre 1915 hingewiesen, das außer den klinischen und pathologisch-anatomischen Forschungen einen sehr lesenswerten historischen Beitrag zur Lues cerebri-Frage enthält. Als letzte größere deutsche Arbeit verdient die Monographie von Fabritius aus dem Jahre 1924 Beachtung, weil in ihr auch die Entwicklung der großen psychiatrischen Fragen am Beispiel der Hirnlues kurz umfassend dargestellt ist. Schließlich hat das Studium der angeführten Literatur noch einen besonderen Reiz in sich und der liegt in den Autoren selbst. Während auf der einen Seite (Fabritius, Plaut, auch Walther) mit einem frischen, kühnen Mut die sorgfältig beschriebenen Psychosen als zumeist durch die syphilitische Hirnerkrankung bedingt angesehen werden, gibt es auf der anderen Seite sehr skeptische

Autoren, als deren Hauptvertreter der dänische Psychiater und Neurologe Wimmer angesehen werden kann. In seiner Arbeit „nicht-syphilitische Geisteskrankheiten bei Syphilitikern“ erkennt er unter 11 Fällen nur eine einzige Psychose als sicher durch die luetische Hirnerkrankung bedingt an. Die meisten Erkrankungen hält er für typische oder atypische Paralyse oder erklärt sie als endogen oder durch das Milieu bedingt, wobei die Syphilis eine untergeordnete Rolle spielen soll.

Seine Kriterien für die Sicherstellung einer einfachen syphilitischen Psychose sind folgende:

1. Sicherstellung der syphilitischen Infektion (Anamnese, positive Wa. R. im Blut usw.)
2. bedeutungsvoll ein zeitgemäßes Zusammenfallen mit anderen, sicher syphilitischen, nicht nervösen oder nervösen Manifestationen.
   z. B. Pupillen- oder Reflexanomalien, Optikusleiden, Augenmuskellähmungen, Extremitätenlähmungen, apoplektiforme oder epileptiforme Anfälle, Sprachstörungen usw. (nicht luetische Erkrankungen, wie Arteriosklerose, Herz- oder Nierenleiden, müssen gleichzeitig ausgeschlossen werden.)
3. Paralleles Schwanken zwischen psychischen Störungen und nicht nervösen oder neurologischen Erscheinungen von Syphilis.
4. Serologische Diagnostik.
5. Gesamtheit des klinisch-symptomatologischen Bildes. (Disposition, endogene Konstitution.)

Und schließlich kommt Wimmer zu dem Urteil, daß „eine syphilitische Ätiologie bei den Geisteskrankheiten am wahrscheinlichsten ist, die das Bild eines exogenen Reaktionstypus (Bonhoeffer) annehmen, d. h. Verwirrungs- und Dämmerzustände, also Bilder, wie wir sie von anderen Infektionen (Typhus, Influenza, Malaria, Tuberkulose usw.) und gewissen Intoxikationen (Alkohol, Cocain, Kohlenwasserstoff usw.) oder auch Autointoxikationen (Morbus Basedow, Diabetes, Urämie usw.) her kennen. Wo dagegen das Krankheitsbild denjenigen Formen von Erkrankungen entspricht, die wir — in Ermangelung eines genaueren Wissens — als endogen bezeichnen und die sich wesentlich als eine weitere Entwicklung von oder als periodische Exacerbationen einer angeborenen seelischen Konstitutionsanomalie deuten lassen:

— das manisch-depressive Jrresein, die verschiedenen Paranoiaformen, — diesen Geisteskrankheiten gegenüber müssen wir sehr behutsam sein, ohne absolut entscheidende Gründe eine syphilitische Ätiologie anzunehmen. In 999 Fällen finden wir gar nichts über Syphilis als mögliche Ursache, gegenüber einem Fall mit Syphilis in der Anamnese oder positivem Befund im Blut und der Spinalflüssigkeit, im übrigen aber mit demselben klinischen Totalbild. Es ist nicht immer leicht zu entscheiden, ob es sich in diesem einen Fall nicht nur um ein zufälliges Zusammentreffen von Geisteskrankheit und Syphilis beim selben Individuum handelt."

Es ist nun aber auf der anderen Seite doch von großem Wert, eben jene Psychosen endogenen Charakters bei Syphilitikern zu studieren und in ihrem weiteren Schicksal zu verfolgen, um vielleicht doch einmal bei dem einen oder anderen Kranksheitsgeschehen etwas Spezifisches herauszufinden.

Bei der Sichtung eines großen Materials ist es unerläßlich, eine Einteilung der Psychosen zu treffen. Das begegnet gerade bei den syphilistischen Geisteskrankheiten großen Schwierigkeiten. Gibt es doch kaum eine Geistesstörung, die im Zusammenhang mit der luetischen Hirnerkrankung noch nicht beschrieben wurde. Und andererseits stellen die Krankheitserscheinungen in sehr vielen Fällen Übergangs- und Mischformen dar, die eine Gruppierung nach klinischen Gesichtspunkten mehr oder minder künstlich erscheinen lassen.

Recht brauchbar erscheint das Einteilungsprinzip von Fabritius in seiner Arbeit von 1923. Er unterscheidet:

1. Exogener Reaktionstypus mit akutem uud protrahiertem Verlauf.
   a) ängstlich verwirrte Erregungszustände
   b) epileptisch bedingte Dämmerzustandsartige Bilder.
2. Halluzinose, bezw. halluzinatorisch paranoide Fälle.
3. chronische Defektpsychosen
   a) Pseudoparalyse (Fournier)
   b) Postsyphilitische Demenz.
4. Zustandsbilder von manisch-depressivem oder ausgesprochen katatonem Charakter.

Fabritius glaubt die Gruppe II Halluzinose bezw. halluzinatorisch-paranoide Fälle aus praktischen Gründen vom exogenen Reaktionstypus trennen zu müssen, obgleich die Grenze gegenüber den Verwirrtheitszuständen zumeist ganz fliessend ist.

Der exogene Reaktionstypus bei Lues cerebri scheint schon eine recht gesicherte Erkrankungsform zu sein. Selbst Wimmer reiht seinen einzigen, als durch Hirnlues bedingten Fall da unter. Das Gemeinsame ist allen Bildern die mehr oder weniger hochgradige Bewußtseinstrübung. „Das Wesen der Störung liegt in dem Versagen der kohaerenten, zusammenhaltenden Kräfte des Seelenlebens. Im Vordergrund stehen somit mehr oder minder hochgradige, kurzdauernde oder anhaltende Bewußtseinstrübungen, Verwirrtheitszustände, Erschwerung der Auffassung, Merkschwäche, Unklarheit, geringgradige Halluzinationen, Wahnideen“ (Fabritius).

Bei den chronischen Defektpsychosen ist es meiner Meinung nach klinisch brauchbarer, bei der Einteilung die möglicherweise noch hereinspielenden aetiologischen Momente zu berücksichtigen. Man findet bei der Gesamtübersicht des Münchner Materials doch sehr viele Demenzformen, bei denen eine mit der Syphilis konkurrierende Schädigung durch Alkohol, Arteriosklerose etc. in Betracht kommt.

Auch bei den exogenen Reaktionstypen kommt dasselbe in Betracht, denn diese akuten Psychosen, als Momentbild betrachtet, geben in dieser Hinsicht stets zu differentialdiagnostischen Erwägungen Anlaß.

So möchte ich denn zur Übersicht des Materials folgende Einteilung treffen:

1. Exogener Reaktionstypus.
   - I. akuter oder subakuter Verlauf:
     - a) Zustände, bei denen nur Lues als Ursache in Frage kommt.
     - b) Zustände, bei denen andere exogene Komponenten (Alkohol, Arteriosklerose etc.) ursächlich eine Rolle spielen, bei denen aber die Lues als Teilursache zum mindesten nicht entbehrt werden kann.
   - II. Mehr protrahierter Verlauf (Halluzinose bezw. halluzinatorisch-paranoide Fälle). Wichtig zur Unterscheidung gegenüber den mit Sinnestäuschungen einhergehenden Fällen der Gruppe I ist, abgesehen von dem länger

hingezogenen Verlauf, das Fehlen einer eigentlichen Bewußtseinstrübung. Auch hier zu unterscheiden:

a) Zustände mit reiner Lues,

b) solche, bei denen andere exogene Komponenten mit beteiligt sind.

Anhang zu Gruppe I: Fälle mit epileptischen Anfällen auf syphilitischer Grundlage ohne sonstige psychische Erscheinung.

2. Demenzformen bei und nach Lues cerebri.

I. Residiärzustände (stationär) nach einer akuten oder subakuten Erkrankung:

a) Syphilis allein

b) Syphilis und andere exogene Komponenten.

II. chronisch fortschreitende Demenzformen:

a) Syphilis allein

b) Syphilis und andere exogene Komponenten.

Anhang zu Gruppe II: Fälle bei denen eine Lues sicher ist, die aber negativen Liquor, vielleicht auch negatives Blut und keine postsyphilitischen neurologischen Erscheinungen aufweisen, die aber einen organisch kranken Eindruck machen und bei denen entweder erhöhter Blutdruck oder post mortem Arteriosklerose, Aortitis, etc. gefunden wurde. Es handelt sich hier wohl um Fälle, bei denen die Syphilis nur die mittelbare Ursache für die geistige Erkrankung war, insofern als auf Grund der Lues, wie es bei chronischen Infektionskrankheiten leicht möglich ist, eine Gefäßerkrankung auch im Centralnervensystem auftrat, die nicht spezifischer Art zu sein braucht, wo aber andererseits die hirnarteriosklerotischen Erscheinungen ohne die Lues nicht oder wenigstens nicht so früh aufgetreten wären.

3. Lues cerebri mit psychischen Störungen vom Symptomenbild des manisch-depressiven Irreseins, der Schizophrenie oder überhaupt endogener Erkrankungen.

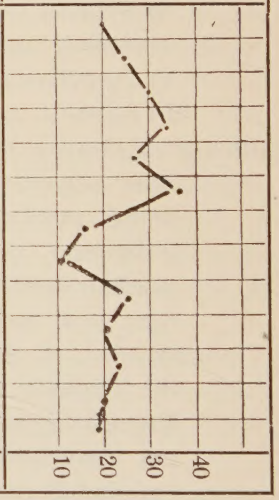
Statistischer Teil.

A.

Lues cerebri, Gesamtaufnahmen und progressive Paralyse.

In den Jahren 1912 bis 1924 bewegen sich die Zahlen für die Erkrankungen an Lues cerebri, progressiver Paralyse und Gesamtaufnahmen so, wie folgende Statistik zeigt:

Jahr	Gesamtaufnahmen		Progress. Paralysen		Lues cerebri		Kurve der Lues cerebri Erkrankungen
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
1912	1134	775	113	72	12	8	
13	1096	801	129	40	14	11	
14	1135	777	139	45	17	13	
15	787	776	122	44	18	15	
16	747	819	124	44	20	4	
17	749	774	105	41	26	11	
18	815	880	79	35	13	3	
19	795	717	91	50	7	3	
20	927	893	97	64	14	14	
21	1021	884	127	50	12	8	
22	1064	882	114	31	14	8	
23	823	625	98	44	17	3	
24	1160	781	111	42	18	1	
1912–24	12.253	10.084	1450	602	204	102	



Der Jahresdurchschnitt beträgt demnach auf dieselbe Zeit berechnet:

1. Gesamtaufnahmen: 943 + 789 = 1732
2. progressive Paralyse: 112 + 46 = 158
3. Lues cerebri: 15 + 8 = 23

Es verhält sich demnach im Jahresdurchschnitt:

1. Lues cerebri: zu Gesamtaufnahmen = 1 : 75
   davon ♂ = 1 : 62
   ♀ = 1 : 98
2. Lues cerebri zu progress. Paralyse = 1 : 6,8
   ♂ = 1 : 7,4
   ♀ = 1 : 7,5

Die Verhältniszahlen zeigen, daß unter 98 weiblichen Aufnahmen ein Fall von Lues cerebri trifft, bei Männern dagegen schon bei 75 Aufnahmen. Dieses Ergebnis war von vorneherein zu erwarten, da bekanntlich die Erkrankungsziffer von nicht nervöser Syphilis auch bei den Männern eine größere ist.

Ob man aus dem zweiten Ergebnis (Lues cerebri : progressiver Paralyse) den Schluß ziehen kann, daß Männer etwas mehr zur Erkrankung an progressiver Paralyse geneigt sind als Frauen, ist doch sehr fraglich. Immerhin wäre es doch wünschenswert, wenn auch von anderen Kliniken diese Verhältniszahlen aufgestellt würden.

Schießlich lehrt ein Blick auf die Kurve der Lues cerebri-Aufnahmen (bei der progressiven Paralyse ist es dasselbe), daß nach einem deutlichen Absinken der Aufnahmeziffern von 1917 ab bereits einige Jahre später wieder ein Ansteigen auf die Zahlen vor dem Kriege zu bemerken ist.

B. **Lues cerebri:**

Bei dieser Übersicht sind alle Erkrankungsformen berücksichtigt, also auch solche ohne psychische Störungen, z. B. leicht apoplektischer Insult mit rein neurologischen Erscheinungen auf syphilitischer Grundlage. Es soll auch zunächst nicht bei dieser Aufstellung eine strenge Kritik an die Richtigkeit der Diagnose gestellt werden, sondern ein Gesamtüberblick geschaffen werden, in welcher Art und wie zahlenmässig hirnsyphilitische Erkrankungen in Erscheinung und auch in Entwicklung treten.

Die Durchsicht der recht ausführlich gehaltenen Zählkarten ergab rund 180 Gesamtaufnahmen von Lues cerebri in den Jahren 1912—1924. Davon männlich 113 und weiblich 66 = 2 : 1.

Diese Zahlen stimmen somit nicht mit den im vorigen Abschnitt angeführten überein und sind etwa nur halb soviel. Die Zahlen des vorigen Abschnittes sind jeweils am Jahresschluß gewonnen und unkontrolliert, während die Zählkarten des öfteren in Hinsicht auf Fehldiagnosen durchgearbeitet werden. Es ist eine bekannte Tatsache, daß zunächst als Lues cerebri angesehene Erkrankungen häufig sich doch im weiteren Verlaufe als progressive Paralysen herausstellen und diese machen die Hauptsache des Defizits aus. Ferner wurden bei der Jahresübersicht solche Kranke, die in einem Jahre öfters aufgenommen wurden, auch öfter gezählt, bei den Zählkarten dagegen habe ich diese Fälle nur einmal berücksichtigt.

Die oben aufgestellten Verhältniszahlen müssen also richtiger auf Seiten der Gesamtaufnahmen bezw. progressiver Paralyse mit etwa 1,7 multipliziert werden, sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Patienten.

Es ergeben sich demnach richtiger folgende Verhältniszahlen:

1. Lues cerebri: Gesamtaufnahmen = 1 : 128
   davon ♂ = 1 : 108
   ♀ = 1 : 172
2. Lues cerebri: progress. Paralyse = 1 : 11,6
   davon ♂ = 1 : 12,8
   ♀ = 1 : 10,0

Das kritische Ergebnis bleibt dasselbe wie oben.

Bei der systematischen Einteilung der hirnsyphilitischen Erkrankungen halte ich es für angebracht, die Psychosen bei Männern und Frauen getrennt zu betrachten, weil die getrennte Gegenüberstellung an und für sich Interessantes bietet.

Außerhalb unseres Einteilungsschemas (s.o.) müssen zunächst Krankheitsbilder erwähnt werden, bei denen nach einem sicher durch Lues verursachten apoplektischen Insult entweder nur neurologische Erscheinungen einer Lähmung geringeren Grades ohne irgendwelche psychische Beteiligung oder bei einer anderen Gruppe nur mehr oder weniger ausgeprägte aphasische Störungen, ebenfalls ohne sonstige psychische Beeinträchtigung zustande kamen.

Es fanden sich unter unseren 180 Fällen 18 Kranke, die nach einem apoplektischen Insult nur neurologische Erscheinungen boten bei psychischer Intaktheit, davon 9 männlich und 9 weiblich. Das sind 10% aller Fälle. Durchschnittsalter bei Beginn der Erkrankung: 38 Jahre.

Ohne besondere psychische Störungen waren ferner 4 Erkrankungsformen vom Bilde der syphilitischen Neurasthenie, das sind 2,2% aller Fälle. Durchschnittsalter hierbei: 34 Jahre.

Alle übrigen Lues cerebri-Erkrankungen weisen psychische Störungen auf und sie lassen sich in das Einteilungsschema folgendermaßen einordnen.

1. Exogener Reaktionstypus
   I. akuter oder subakuter Verlauf:
      a) Zustände, bei denen nur Lues als Ursache in Frage kommt; 10 Fälle, davon 8 männlich und 2 weiblich. Das sind 5,5% aller Fälle.

Bei diesen Psychosen handelte es sich fast ausschließlich um akute meningitische Prozesse. Das Durchschnittsalter bei Krankheitsausbruch betrug 38 Jahre. In einem Fall, der klinisch als sichere akute Lues-Psychose infolge Menigitis luetica anzusprechen war, ergab die Sektion eine Meningitis tubeculosa. Ich führe den Fall als Fehldiagnose trotzdem hier an, weil er als Momentbild gar nicht anders zu beurteilen war als die übrigen. Im klinischen Teil der Arbeit sind 6 Fälle ausführlich dargestellt und sowohl im Einzelnen, wie auch in der Gesamtheit kritisch bewertet. Ein Fall wurde im Jahre 1915 von Plaut in seiner Arbeit über Halluzinosen bei Lues cerebri beschrieben.

b) Zustände, bei denen ausser der Syphilis noch andere exogene Komponenten ursächlich eine Rolle spielen.

12 Fälle, davon 10 männlich und 2 weiblich. Das sind 6,6% aller Fälle. Exogene Komponenten, vor allem Arteriosklerose und Alkohol-abusus. Ferner Nephritis (1×), fieberhafter Gelenkrheumatismus (1×), Morbus Basedowi (1×), fieberhafte Pleuritis (1×) Durchschnittsalter: 57 Jahre. Die Prognose sehr viel schlechter als bei den akuten Verwirrtheitszuständen infolge Lues allein. Im klinischen Abschnitt sind 7 Fälle beschrieben.

II. Mehr protrahierter Verlauf (Halluzinose bezw. halluzinatorisch paranoide Fälle).

a) Zustände mit reiner Lues.

Halluzinatorisch paranoide Psychosen mit protrahiertem Verlauf, die mit Sicherheit exogen bedingt sind, kommen bei dem großen Münchner Material unserer Jahrgänge nur ganz selten vor. Entweder sind diese Erkrankungen von vornherein schwer zu gruppieren in Hinsicht auf die Frage: endogen oder exogen bedingt, oder sie erweisen sich nach längerer Beobachtung wirklich als eine Psychose endogenen Gepräges. Ich habe nur 2 Fälle finden können (= 1,1%), davon 1 männlich und 1 weiblich. Ersterer ist im klinischen Teil beschrieben.

b) Zustände, bei denen andere exogene Komponenten mitbeteiligt sind.

Hier gilt dasselbe wie oben. Ein Fall weiblich (= 0,5%), bei dem noch eine Schädigung durch Alkohol mit angenommen werden muß und außerdem ein Tabes dorsalis sehr im Vordergrund des neurologischen Bildes steht.

Anhang zu Gruppe 1: Fälle mit epileptischen Anfällen auf syphilitischer Grundlage.
8 Fälle, davon 3 männlich und 5 weiblich. Das sind 4,4% aller Fälle. Durchschnittsalter: 36 Jahre.
Außer einem einzigen Fall, der klinisch das Bild einer akuten Meningitis bot, sind die Hirnstörungen bei dieser Gruppe schwerster Art und der Ausgang deletär. Im klinischen Teil sind 3 Fälle beschrieben.

2. Demenzformen bei und nach Syphilis.

Diese Gruppe macht den größten Teil der syphilitischen Geistesstörungen in unserem Material aus. Es handelt sich dabei um wohlbekannte Krankheitsbilder, sodaß ich im klinischen Teil nur einige derartige Psychosen beschreiben werde, die noch irgend etwas besonderes boten oder bei denen ein histologischer Gehirnsektionsbefund vorlag. Nach dem Einteilungsschema gruppieren sich unsere Fälle folgendermassen:

I. Residuärzustände nach einer akuten oder subakuten Erkrankung.

a) Syphilis allein.

29 Fälle, davon männlich 21 und weiblich 8. Das sind 16% aller Fälle. Durchschnittsalter bei der Klinikaufnahme: 43 Jahre, dürfte aber für den Krankheitsbeginn noch um etwa 5 Jahre niedriger liegen, da viele solche Patienten erst nach längerem Verlaufe ihrer Krankheit einmal die Klinik aufsuchten. Bei den allermeisten dieser stationären Demenzformen leitete ein apoplektischer Insult die Erkrankung ein, bei einigen bot sich das Bild des gewöhnlichen hirnsyphilitischen Schwachsinns auf Grund einer chronischen Gefäßerkrankung im Sinne einer obliterierenden Entarteriitis.

b) Syphilis + andere exogene Komponenten.

7 Fälle, alle männlich. Das sind 4,4% aller Fälle.
Durchschnittsalter bei Klinikaufnahme 48 Jahre, bei Beginn der Erkrankung wohl auch um etwa 5 Jahre niedriger aus demselben Grunde wie oben. Der Alkoholabusus ist bei diesen Formen das fast ausschließliche Moment der Schädigung. Arteriosklerose + Lues cerebri scheinen doch tiefgehendere Zerstörungen zu erzeugen, sodaß bei deren Kombination keine stationären Residuärzustände, sondern chronisch fortschreitende Demenzformen das Resultat sind.

II. Chronisch fortschreitende Demenzformen.

a) Syphilis allein.

14 Fälle, davon 5 männlich und 9 weiblich. Das sind 8% aller Fälle. Durchschnittsalter bei Klinikaufnahme 44 Jahre, bei Beginn wieder niedriger wie oben.

In dieser Gruppe sind Krankheitsbilder, die schon sehr verdächtig auf progressive Paralyse sind. Es ist erfreulich, daß in einem dieser Fälle, der auch im klinischen Abschnitt beschrieben ist, ein ausführlicher histologischer Befund des Gehirns vorhanden ist, der neben typischen hirnsyphilitischen Veränderungen außerdem noch beginnende paralytische Bilder aufweist.

b) Syphilis + andere exogene Komponenten.

10 Fälle, davon 6 männlich und 4 weiblich. Das sind 5,5% aller Fälle. Durchschnittsalter bei Klinikaufnahme 59 Jahre.

So wie oben bei den stationären Fällen mit zweiter Komponente der Alkohol die dominierende Rolle spielt, so ist es hier bei den chronisch fortschreitenden Demenzformen ganz überwiegend die Arteriosklerose. Bezeichnend dafür auch, daß in dieser Gruppe 2 Bilder von Demenz + Depression vorkommen, eine bei Arteriosklerotischer Demenz bekannte Tatsache. Dazu die Lues cerebri als weiterer destruktiver Faktor. In einem Fall, (39 jährige, weibliche Patientin) bildete das zweite exogene Moment eine echte Sydenham'sche Chorea.

Anhang II. (s. o.)

3 Fälle, davon 2 männlich und 1 weiblich, das sind 1,6% aller Fälle. Sie werden im klinischen Teil ausführlich beschrieben und kritisiert.

Die Gesamtübersicht über die chronischen Defektpsychosen ergibt somit eine Beteiligung von 35,1% aller Fälle.

Der prozentuale Anteil der chronischen Defektpsychosen ist nach der Zählkartenaufstellung aber noch größer, denn wie schon erwähnt, sind diese pseudoparalytischen Formen doch sehr oft wirkliche Paralysen oder es wenigstens später geworden. So gelang es bei der katamnestischen Verfolgung unseres Materials, eine ganze Anzahl von chronisch fortschreitenden Defektpsychosen als echte Paralysen sicher zu stellen. Sehr zustatten kam bei diesen Bestrebungen die Tatsache, daß die meisten dieser Kranken nach dem Aufenthalt an der Münchner psychiatrischen Klinik in die Heilstätten Haar oder Eglfing gebracht wurden, wo sie bis

zum Schlusse beobachtet und auch seziert wurden. Leider sind in den genannten Heilstätten bis vor kurzem noch keine histopathologischen Sektionsbefunde aufgestellt worden. Es ergibt sich somit der Vollständigkeit halber noch eine Gruppe mit der Überschrift: Lues cerebri oder progressive Paralyse, deren Fälle aber doch bei längerer Beobachtung als Paralysen angesprochen werden müssen. 11 Fälle, davon männlich 9, weiblich 2, das sind 6% aller Fälle.

3. Lues cerebri mit Störungen vom Symptomenbild des manisch-depressiven Irreseins, der Schizophrenie, des Verfolgungswahnes oder überhaupt endogener Erkrankungen.

30 Fälle, davon männlich 14, weiblich 16. Das sind 16,6% aller Fälle. Diese Ausbeute erscheint zunächst sehr reichlich zu sein bei der Seltenheit von solchen, bis jetzt in der Literatur veröffentlichten Psychosen bei Lues cerebri. Ich habe zunächst aus dem Zählkartenmaterial alle Erkrankungen mit psychopathischen, manisch-depressiven, paranoiden und schizophrenen Zügen bei Lues cerebri vermerkt und so die obigen Zahlen gefunden. Aber bei der genauen Durchsicht der Krankengeschichten und nach katamnestischen Erhebungen bei den meisten Patienten schrumpft diese Gruppe doch noch wesentlich zusammen, wenn man die Hirnlues als Ursache und nicht als eine zufällige Kombination mit endogenen Erkrankungen ansehen will.

Es kamen vor:

a) Lues cerebri + Psychopathie.

6 Fälle, davon 3 männlich und 3 weiblich.

Davon waren 2 Psychopathen vom Typus der Haltlosen. Beide mit erblicher Belastung und von Jugend auf abnorm reagierend. Ein Intelligenzdefekt nicht nachweisbar und auch sonst keine besonderen somatische und psychische Erscheinungen. Ferner eine ebenfalls von Jugend auf abnorm veranlagte hysterische weibliche Patientin, die Erscheinungen einer subakuten Meningitis bot, ohne Intelligenzdefekt. Am wahrscheinlichsten erscheint eine Schädigung durch Lues cerebri bei Psychopathen jene Form zu erzeugen und weiter zu entwickeln, die als Erregbare beschrieben wird. Im Münchner Material sind 2 derartige Psychosen vorhanden, die durch die hirnluetische Erkrankung ins Ungeheuerliche gesteigert wurden und gleichzeitig auch langsam in den geistigen Leistungen zurückgingen.

b) Lues cerebri + depressive Zustände.

9 Fälle, davon 4 männlich und 5 weiblich.

Durchschnittsalter bei Krankheitsbeginn: 34 Jahre.

3 Formen entwickelten sich im Anschluß an Apoplexien, 3 waren ganz leicht depressiv ohne sonstige psychische Störungen, bei einem männlichen Kranken kam es nach leichten meningitischen Erscheinungen zu einer mittelschweren Depression, die aber völlig ausheilte, wie die Katamnese nach 7 Jahren ergab. Die 2 übrigen Fälle werden im klinischen Teil ausführlich beschrieben.

c) Lues cerebri + manisch-depressives Irresein.

Eine sehr seltene Kombination. Nur 2 Fälle, davon einer männlich und einer weiblich. Bei der weiblichen Patientin auf antisyphilitische Kur wesentliche Besserung. Der andere Fall ist hinten ausführlich beschrieben und über eine lange Reihe von Jahren beobachtet.

d) Lues cerebri + paranoide Erkrankung.

5 Fälle, davon 3 männlich und 2 weiblich. Durchschnittsalter 50 Jahre. Ein klassischer, systematisierter Verfolgungswahn war niemals vorhanden. Bei den beiden weiblichen Kranken handelte es sich um Jahre zurückliegende Apoplexien auf syphilitischer Grundlage mit zahlreichen Residuen der Lähmung. Ausbruch der paranoiden Jdeen zwischen 50 und 60 Jahren bei Beginn des Klimakteriums. Es müssen hier vor allem innersekretorische Schwankungen bei schon geschädigtem Centralnervensystem als auslösende Ursache angesehen werden. Bei den 3 männlichen Fällen sind es ganz leichte paranoide Jdeen, bei einem davon nach einem durch Lues hervorgerufenen apoplektischen Insult.

e) Lues cerebri + Schizophrenie.

7 Fälle, davon 2 männlich und 5 weiblich.

Durchschnittsalter 33 Jahre. Bei dieser Kombination macht es am ehesten den Eindruck, als ob die hirnsyphilitische Schädigung eine bedeutende Rolle für die Entwicklung der Psychose spiele. Im klinischen Abschnitt sind 4 Fälle beschrieben und kritisch verwertet.

Klinischer Teil.

Die Krankengeschichten sind bei allen Fällen mehr oder weniger gekürzt wiedergegeben und enthalten nur das Wesentliche. Bei den körperlichen Befunden sind nur pathologische Zustände erwähnt.

1. I.a Fall 1. H. L., 27 Jahre alt, Metzger, aus dem Krankenhaus Garmisch wegen Verwirrtheitszustand eingewiesen.

Vom 21.7.1921 bis 30.9.1921 in psychiatrischer Klinik München. Diagnose: Lues cerebri.

Befund bei der Aufnahme: Torkelt wie ein Betrunkener, wird von Wärtern gebracht, läßt sich auf den Boden fallen, kauernde Stellung. Unruhig, stöhnt, gibt kaum Auskunft, murmelt allerlei Unverständliches. Bei Blutentnahme und Lumbalpunktion überaus empfindlich, nach der Punktion entschieden freier.

Anamnese: Angaben des Begleiters: Als Kind normal, hat gut gelernt, nie auffällig gewesen. In seinem Beruf als Metzger sehr beliebt und tüchtig. Immer nüchtern gewesen. 1915 bis 1918 im Felddienst, keine Verwundung. Von einer geschlechtlichen Infektion nichts bekannt. Seit 1918 klagt Pat. über Kopfschmerzen. Referent sah ihn zum letzten Mal vor 5 Wochen, konnte sonst nichts Auffallendes an ihm feststellen. Er klagte nur über furchtbare Kopfschmerzen.

Somatisch: Pupillen reagieren prompt auf L. u. C. Wa.R. im Blut positiv. Liquor unter hohem Druck abfliessend, Wa.R. 0 — +, 210 Zellen. Augenbewegungen nicht zu prüfen. Reflexe in Ordnung. Sensibilität anscheinend hypalgetisch.

Verlauf: In den ersten Tagen völlig benommen, unruhig, stöhnt. Geht nachts aus dem Bett. Allmählich geringe Besserung des Allgemeinbefindens. Spricht viel, wiederholt häufig dasselbe, antwortet beziehungslos, noch etwas benommen, folgt Aufforderungen nicht, lächelt.

Nach 3 Wochen sichtlich fortschreitende Besserung. Versteht Aufforderungen. Punktion: Liquor steht unter ganz geringem Druck, kommt tropfenweise, 226 Zellen. 8 Tage später: 116 Zellen. Im weiteren Verlauf wird Pat. wieder unruhig, drängt nach Hause, will unbedingt nach München fahren. Versteht und beantwortet einzelne Fragen sinngemäß, faselt dazwischen Unzusammenhängendes. Salvarsankur beendet. Sensorische Aphasie stark im

Zurückgehen, zeigt Photographien und erklärt sie. Stimmung meist lustig und freundlich. Lesen und Schreiben macht Fortschritte. Zeitweise noch verstimmt.
Ständige Besserung der Kopfschmerzen und völlige Aufhellung.
30. 9. 1921. Wird nach Hause abgeholt.
14. 10. 21: Freiwillig zur Lumbalpunktion gekommen: Wassermannsche Reaktion im Blut negativ, im Liquor negativ, 22/3 Zellen.
Zwischenanamnese: Hat sich zu Hause im Garten beschäftigt, war anfänglich sehr müde. Später konnte er den ganzen Tag aufbleiben, und fand sich überall zurecht. Die Untersuchung ergibt keinen Anhaltspunkt mehr für aphasische Störungen.
Katamnese: 1926; Seit 2 Jahren verheiratet. Fühlt sich völlig wohl, nur ab und an noch Kopfschmerzen. Kann seinen Beruf völlig ausüben.

Fall 2. K.G. 35 Jahre alt, Intendanturrat.

Angaben des Begleiters: Pat. habe in der Schule gut gelernt, die Reifeprüfung bestanden und Jura studiert. Im Staatskonkurs habe er in einem Fach Pech gehabt, was ihn sehr deprimiert hätte. Sei Rechtsanwalt geworden. Im Krieg als Intendanturrat tätig. Habe sich überarbeitet. August 1916 Haarausfall. Darüber hätte er sich stark aufgeregt. Im Sommer 1916 (Juli) geschlechtskrank: Syphilis. Jetzige Beschwerden: Kopfschmerzen, sodaß er schreit und Gegenstände wegwirft. Auf Rat des Chefs sei Pat. nach Berchtesgaden. Dort wurde er in einer Privatpension unruhig und zeitweise unklar, kannte sich gar nicht mehr recht aus, sodaß er in das Krankenhaus Berchtesgaden gebracht werden mußte. Von dort auf Empfehlung des Arztes hierher.
Vom 29.9.1916 bis 19.11.1916 in psychiatrischer Klinik in München.
Diagnose: Sekundär luetische Meningitis.
Somatisch: Pupillen reagieren beiderseits prompt auf Licht und Convergenz. Feinschlägiger Tremor der Hände. Romberg angedeutet. Reflexe und Sensibilität o. B. Wa.R. im Blut schwach positiv, im Liquor 0 — +. 759 Zellen pro cmm.
Psychisch: Pat. ist jetzt zugänglich, bereitwillig, aber schwerbesinnlich. Er braucht lange Zeit, um Fragen richtig zu beantworten, scheint sich seiner Lage nicht ganz bewußt zu sein, ist etwas apathisch und monoton, muß oft lange nach einem Wort suchen und klagt über Kopfschmerzen.

Schmierkur: Im allgemeinen ruhig und ohne Erregung, äußert sich nicht spontan. Zeitlich und örtlich mangelhaft orientiert, gibt die Familienanamnese übereinstimmend mit Ref. an, doch kommt er mit zeitlichen Berechnungen dabei immer in Konflikt und muß zuweilen die Daten auf dem Papier ausrechnen. Merkfähigkeit nicht gestört. Keine Sprachstörung.

Im Verlauf der Schmierkur fühlt sich Patient immer wohler, wird ganz klar, hat guten Appetit und Schlaf, Allgemeinbefinden hebt sich, psychisch völlig frei.

19.11.1916: verläßt im besten Wohlbefinden die Klinik.
Wa.R. im Liquor negativ, 44 Zellen pro cmm.
Katamnese: leider erfolglos.

Fall 3. J.P. 45 Jahre alt, Kaufmann.

Vom 25.1.1916 bis 24.3.1916 in psychiatrischer Klinik München. Diagnose: Lues cerebri. Epileptoide Anfälle. Manische Veranlagung (progressive Paralyse?)

Angaben der Ehefrau: Mit Pat. seit 15 Jahren verheiratet. Pat. hatte Urlaub. Am 21.1. auf der Fahrt von Berlin nach München plötzlich Zittern, krampfähnliche Anfälle, ging wieder vorüber. Dann nochmals derselbe Zustand. Pat. fiel um, wurde blaurot, biß sich auf die Zunge und hatte Zuckungen am ganzen Körper. Fahrtunterbrechung in Regensburg. Dort im Krankenhaus 2 mal derselbe Anfall. Pat. war bewußtlos. In der Nacht starke Erregung und Verwirrtheit. Früher nie Krampfanfälle.

Angaben des Patienten selbst: Guter Schüler gewesen, aber Luftikus, er verstand das Leben. Kaufmann geworden. Mit 17 Jahren, (also vor 28 Jahren) harter Schanker. Seitdem jedes Jahr mit Einreibungen behandelt und mehrmals Salvarsaninjektionskuren. Eine solche jetzt kurz vor seiner Abreise von Berlin beendet. Ausser der Syphilis immer gesund gewesen in seinem Leben. Über die Art seiner Erkrankung, am 21. Januar, weiß Pat. nichts: „Ich war tot, bin begraben worden, ich war verrückt, bin jetzt aber wieder auferstanden und gesund".

Somatisch: Pupillen gleichweit, links etwas verzogen, Reaktion auf Licht beiderseits sehr träge und sehr wenig ausgiebig. Reaktion auf Convergenz beiderseits gut, Reflexe normal auslösbar, keine pathologischen Reflexe. Romberg angedeutet. Keine Ataxie.

Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper herabgesetzt. Wassermannsche Reaktion im Blut schwach +, im Liquor ∅ (auch bei hoher Konzentration), 13 Zellen pro cmm.

Psychisch: Stimmungslage sehr euphorisch. Verständnis für die Situation fehlt gänzlich. Auffassungsstörung mittleren Grades. Merkfähigkeit beträchtlich herabgesetzt. Silbenstolpern.

Beginn einer Schmierkur.

Nach 14 Tagen erhebliche Besserung, betrachtet seinen Zustand verständig. Gibt einen gelungenen, ausführlichen Selbstbericht über seine Erkrankung, die ein gutes Urteil verrät. Er ist dankbar, daß er so schnell geheilt sei.

Im allgemeinen euphorisch und mitteilsam, dabei aber doch von geordnetem Urteil und Verhalten.

Eine Woche später etwas hypochondrisch, schlechter Schlaf, Summen im Kopf.

Fortsetzung der Schmierkur und Salvarsaninjektion.

Besserung hält ständig an und Pat. erscheint nach einigen Wochen psychisch völlig intakt.

24. 3. 16 wesentlich gebessert nach Hause entlassen.

Katamnese 1926: Pat. ist am 1. 8. 1924 an einer Gallenblasenerkrankung gestorben. Nach seiner Entlassung aus der psychiatrischen Klinik war er geistig völlig in Ordnung. Es trat keine Wiederholung der Anfälle mehr ein.

Fall 4. P. B. 51 Jahre alt, Zimmermann.

Aufnahme: 18. 10. 15.

Diagnose: Lues cerebri. Psychogener Dämmerzustand?

Patient kommt freiwillig zur Untersuchung.

(Die Krankengeschichte ist leider sehr dürftig, außerdem ist anamnestisch nichts vorhanden).

Somatisch: Pupillen über mittelweit, absolut starr, beide verzogen, rechts mehr als links, Facialisschwäche rechts. Patellarsehnenreflexe sehr lebhaft, Achillessehnenreflexe beiderseits erloschen. Keine pathologischen Reflexe. Schmerzempfindung allgemein stark herabgesetzt. Wa. R. im Blut: +, im Liquor 0 — + 191 Zellen im cmm.

Psychisch: Eigenartig gebundenes Wesen, schreckhaft, traumhaft getrübtes Bewußtsein, gibt prompt Antwort und sichere Auskunft auf Fragen, die Vergangenheit, Beruf und Familie betreffen,

versagt dagegen vollkommen bei Fragen betreffs Orientierung, Gegenwart und Zeitereignissen. Kann nur allerleichteste Rechenaufgaben lösen. Ausdrucksbewegungen gebunden und etwas einförmig. Korsakoff(?). Echopraxie und Echolalie stark ausgeprägt.

Beginn einer Schmierkur.

Im Laufe von einigen Wochen wesentliche Besserung, ist vollkommen orientiert und besonnen. Wird auf eigenen Wunsch nach Hause entlassen.

Katamnese: leider erfolglos. Aufenthaltsort konnte 1926 nicht mehr erforscht werden.

Fall 5. Obgleich nach dem Tode Pat. eine Meningitis tuberculosa festgestellt wurde, will ich hier die Psychose unter den akuten Lues-cerebrierkrankungen wegen seiner Jdendität zu den anderen Fällen mit anführen.

K. M. 53 Jahre alt, Kaufmann. Vom Krankenhaus links der Jsar wegen akuter Verwirrtheit zur psychiatrischen Klinik verlegt. Angaben der Ehefrau: In der Familie des Pat. keine Geisteskrankheiten, auch sonst keine erwähnenswerten Erkrankungen. Seit 24 Jahren mit dem Pat. verheiratet. Mit 24 Jahren, (also vor 29 Jahren), hatte sich Pat. mit Syphilis infiziert. Keine Behandlung bis zur Heirat. 4 Wochen nach der Hochzeit starke Kopfschmerzen, keine Lähmungen, keine Anfälle. Öfters Schmierkuren. Das Blut sei aber nie negativ geworden. Hatte viele Erkrankungen an den Knochen, die ärztlicherseits als Folgen der Syphilis angesprochen wurden. Einmal Rippenbruch und Fraktur der linken Elle. Auf Salvarsan immer Besserung der Krankheitserscheinungen. Seit 10 Wochen Schmerzen in der Lebergegend. War viel niedergeschlagen und weinte oft. Seit 2 Tagen in der medizinischen Klinik wegen der Schmerzen im Leib. Gestern Abend plötzlich verwirrt, motorisch sehr unruhig, habe das Rasiermesser unter dem Kopf gehabt und wollte immer aus dem Bett. Kennt jetzt seine Frau nicht mehr, spricht nichts. Er habe noch bis zuletzt gearbeitet, immer gut gesehen. Die Sprache sei immer ungestört gewesen, aber schon seit einigen Jahren sei er vergeßlich geworden. Vom 19. 11. 1924 bis 28. 11. 1924 in der psychiatrischen Klinik München. Exitus.

Diagnose: Lues cerebri. (Meningitis luetica — Tabes?).

Somatisch: Pupillen gleichweit, linke entrundet, Reaktion auf Licht beiderseits minimal, Reaktion auf Convergenz rechts wenig ausgiebig. Augenhintergrund normal. Linksseitige Facialisschwäche, Bauchdeckenreflexe nicht auslösbar. Patellarsehnen- und Achillessehnenreflexe nicht vorhanden. Babinski negativ. Keine Spasmen. Ataxie und Romberg'sches Phaenomen nicht zu prüfen. Wa. R. im Blut 4 4 4 4, im Liquor -+ ? bei 0,2, -+ + bei 0,6, -+ -+ + + bei 1,0 Nonne: Opaleszenz, Pandy: -+ -+ -+ +, 1060/3 Zellen, Gesamteiweiß 3 ‰, Liquor gelb.

Psychisch: fast völlig aufgehobenes Sprachverständnis. Keine einzige Frage wird sinngemäß beantwortet, keine Aufforderung wird befolgt. Bei der körperlichen Untersuchung wird er gereizt und wehrt heftig ab. Muß mit Gewalt auf das Untersuchungsbett gelegt werden. Sieht überhaupt die Gegenstände kaum. Spricht zuweilen vor sich hin, wiederholt dabei immer nur ein paar Flickworte: „also was ist, was wir jetzt — — — — jetzt, was wir jetzt — — — ich jetzt — — — — was kommt jetzt — — — was kriege ich jetzt — — — — was steht denn da, also ja — — was also sehen wir — — — usw.“ Reagiert nicht auf bedrohlichen Schlag gegen das Auge, ebenso wenig auf Belichtung. Sprachlich wortarm, perseverierend. Sprachverständnis ganz gering, paraphasische Entgleisungen. Beim Anziehen und Essen keine Störung der Praxie.

(Wo wohnen Sie denn?) „Ja — — — jetzt — —“ (Wo Sie wohnen?) „55 — —“ (auf welcher Straße) „nein — — —“ (Sind Sie verheiratet?) „Ja — —“ (wie heißt Ihre Frau?) — — — — (Ihr Beruf?) „50 — — — 40 — — — 50 — — —“ (Haben Sie Kinder?) „Nein — — — 50 — — — 50 — — — —“ (Wieviel Kinder haben Sie?) „hm — — — 50 — — — 50 — — — usw.“ Liegt viel mit geschlossenen Augen da, macht einen müden Eindruck. Gelegentlich stark gereizt, wehrt sich mit finsterer Miene. Droht aber nicht und schlägt nie. Ist sofort wieder ruhig und schläfrig. Spricht im allgemeinen tonlos, aber ohne artikulatorische Störung. Wenn man ihm einen Strumpf in die Hand gibt, versucht er ihn anzuziehen, und macht dabei durchaus zweckmäßige Bewegungen. Am Nachmittag bedeutende Besserung der Ausfallserscheinungen. Stimmung vorwiegend leicht euphorisch, nicht mehr reizbar. Bei der Begrüßung ergreift er mit Sicherheit die Hand des Arztes.

22. 11. wieder sehr unruhig und gereizt, sodaß er verlegt werden muß. Sehr hinfällig, gibt keine Antwort, wird nach und nach nicht mehr ansprechbar.
25. 11. Rapider Verfall, ständig benommen.
28. 11. Exitus letalis.

Sektionsprotokoll:

Klinische Diagnose: Meningitis luetica — Tabes dorsalis.
Anatomische Diagnose: Stirnhirnatrophie — Meningitis cerebri basalis — Meningomyelitis — Miliare Tuberculose in Lunge, Leber, Milz — Atherosklerose (Herz, Aorta).
Gehirn: Dura ziemlich gespannt. Blutleiter enthalten nur geringe, leicht abziehbare Gerinsel, mäßige Vermehrung des äußeren Liquors. Meningen an der Convexität gut durchblutet, lassen keine starke Trübung erkennen. In Begleitung der Gefäße sind die milchigen Streifen wohl etwas deutlicher als gewöhnlich. Die großen Gefäße an der Basis haben zartes Kaliber. Wände der Gefäße sind dünn, Einlagerungen fehlen. An der Cysterna basalis finden sich deutliche Veränderungen: Das Bindegewebe ist verdickt, getrübt. Die feinen Gefässe treten vor allem im Brückengebiet deutlich hervor. Anschließende Teile des Temporallappens sind erweicht. Veränderungen der Meningen finden sich ferner an der Basis der Medulla oblongata. Meningen des Rückenmarks sind in der ganzen Ausdehnung hochgradig sulzig verändert. Geschlängelte Gefässe treten deutlich hervor. Ein paar weißliche Platten sind in der Arachnoidea eingelagert. Das Rückenmark hat eine zerfließliche Beschaffenheit. Zeichnung völlig verschwommen. Im Lumbalmark hat die Erweichung den höchsten Grad erreicht. Weißgelbliche Einlagerungen lassen eitrigen Charakter vermuten. Verdickung des Hypophysenstieles.
Schwefelammoniumreaktion: negativ.
Histologische Diagnose: Die Meningitis von basalem Ausbreitungstypus hat akuten Charakter. Einzelne miliare Granulation in der Pia. Gefäßwandveränderungen auch frisch. Ausbreitung der entzündlichen Veränderungen an der äußeren Oberfläche entsprechen der basalen Meningitis, welche in die Fissura Sylvii und transversa eingedrungen ist. Deutliche entzündliche Veränderungen längs der inneren Oberfläche (Ependym). Tiefere Gebiete frei. An den basalen Gefässen ganz frische Intimazellwucherungen (hie

und da auch Riesenzellen) sowie besonders an den Venen adventitielle Infiltratmäntel. Keine Tabes.

Die anderen 5 Fälle des akuten Reaktionstypus mit schnellem Verlauf bei Lues allein seien nur noch kurz erwähnt:

a) Ein Fall (27jähriger, männlicher Patient) ist in der Arbeit von Plaut über Halluzinose bei Syphilitikern beschrieben (guter Ausgang).

b) 33jähriger Patient. Erste Aufnahme 1913 wegen Meningoencephalitis luetica mit geringgradiger Inkohaerenz. Nach kurzer Zeit völlige Wiederherstellung. Katamnese ergibt 1921 gelegentlich einer forensischen Begutachtung keinen krankhaften Geistesbefund. Also ebenfalls guter Ausgang.

c) 48jährige weibliche Patientin mit akuter Verwirrtheit bei Hirnsyphilis. Bald nach Ausbruch der Krankheit Exitus letalis. Der Fall lag anatomisch sehr unklar, wurde aber doch nach dem Präparat am ehesten als Lues cerebri angesehen.

d) 32jährige weibliche Patientin, delirant mit Halluzinationen. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen gebessert entlassen. Nachforschung ergebnislos.

e) Endlich noch ein männlicher Patient, dessen Krankengeschichte ich noch mitteilen will, weil es sich um einen Zustand von ganz kurzdauernder Benommenheit handelte, der zwar nicht durch die nach der Anamnese bestehende Lues bedingt erschien, der aber differentialdiagnostisch erwähnenswert erscheint. Er wird beschrieben als

Fall 6. G.O. 36 Jahre alt, Gürtler.

Einlieferung wegen Bewußtlosigkeit und epileptiformer Anfälle. Vom 16.1.1921 bis 1.2.1921 in der psychiatrischen Klinik München. Diagnose: Lues cerebri.

Angaben der Schwester: Patient habe gut gelernt, als Gürtler beruflich tätig, kam 1915 ins Feld. Seit 1915 sei er herzleidend. Er habe nie viel getrunken, sei nie auffällig gewesen. In der letzten Zeit sei er leichter erregbar geworden.

Selbstanamnese: Nie Anfälle gehabt, immer ernst und zurückgezogen gelebt. Oktober 1920 mit Syphilis infiziert. Einige Salvarsankuren und Schmierkuren mitgemacht. In letzter

Zeit sehr starke Kopfschmerzen und leicht reizbar. Sonst habe er sich ganz gesund gefühlt. Von den Ereignissen am Tage seiner Einlieferung und den Vorgängen vorher wisse er nichts. Somatisch: Pupillen reagieren beiderseits prompt auf Licht und Convergenz, linker Nervus facialis leicht paretisch, Augenbewegungen frei. Cornealreflex fehlt. Würgreflexe vorhanden. Bauchdecken- und Kremasterreflexe +. Patellarsehnenreflexe beiderseits lebhaft. Achillessehnenreflex beiderseits vorhanden. Kein Klonus, Babinski negativ. Romberg ∅. Sensibilität in Ordnung. Wa.R. im Blut negativ, im Liquor ebenfalls negativ. 235 Zellen im cmm.
Psychisch: Patient wird bewußtlos hereingebracht, reagiert nicht auf Anruf. Eine halbe Stunde nach der Aufnahme epileptiformer Anfall von ½ Minute Dauer. Anfälle wiederholen sich. Im Laufe des Nachmittags kommt Patient wieder zu Bewußtsein, ist aber noch verwirrt. Keine Lähmungserscheinungen.
Am nächsten Tag ist Pat. wieder ziemlich klar. An die Anfälle hat er keine Erinnerung. Beim Besuch der Braut wird er erregt, und weint. Gesichtsausdruck leicht depressiv, Stimmung ziemlich gleichgültig. Bezüglich der Krankheit ist Pat. zuversichtlich. Spricht etwas leise und monoton, fasst langsam und schwer auf.
20. 1. Patient ist ruhig und völlig geordnet, gibt auf Fragen prompt und sinngemäß Antwort.

25. 1. 2. Lumbalpunktion: Wa. R. negativ, 7 Zellen pro cmm. Katamnese 1926: Schwester des Pat. teilt mit, daß ihr Bruder völlig gesund sei und seinen Beruf zur vollen Zufriedenheit ausüben kann.

Zusammenfassung und Kritik zur Gruppe 1) I. a.

Fall 1. Meningitis luetica bei 27 jährigem Patienten. Sichere syphilitische Infektion nicht bekannt. 3 Jahre lang vor Ausbruch der Erkrankung starke Kopfschmerzen. Klassischer Verwirrtheitszustand. Ständiger Rückgang der entzündlichen Erscheinungen an den Meningen (Zellzahlen!). Analog dazu fortschreitende Aufhellung und völlige Wiederherstellung.

Fall 2. Sichere sekundär luetische Meningitis bei 35 jährigem Pat. 2 Monate vor Ausbruch des leichten Verwirrtheitszustandes syphilitisch infiziert. Prämonitorisch überaus starke Kopfschmerzen. Im Verlauf einer Schmierkur Abklingen der entzündlichen Erscheinungen an den Hirnhäuten (Zellzahlen!) und Genesung.

Fall 3. Nach Rücksprache mit Prof. Plaut, der den Pat. 1916 an der psychiatrischen Klinik behandelte, dürfte es sich hier am ehesten um eine Art Salvarsanschädigung handeln. Wenn auch die Wa. R. im Liquor negativ war (was ja nach Abheilung der syphilitischen Erkrankung der Meningen das gewöhnliche Resultat ist), so scheint bei unserem Fall doch noch eine Schädigung im Centralnervensystem zurückgeblieben zu sein, wofür der Zellgehalt von 13 pro cmm spricht. Die Entscheidung, ob es sich um eine toxische Wirkung des Salvarsans selbst oder um irgend welche syphilitische Schädigung an den Hirnhäuten handelt, ist schwierig und liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit. Guter Ausgang.

Fall 4. Zweifellos eine akute syphilitische Erkrankung der Meningen. Leider Krankengeschichte sehr dürftig und Katamnese erfolglos. Ausgang ebenfalls gut.

Fall 5. Fehldiagnose. Trotz Syphilis in der Vorgeschichte und neurologischer sowie serologischer Befunde, die auf Lues als Ursache des ganz akuten Verwirrtheitszustandes hinweisen, lag eine Meningitis tuberculosa vor. Die tuberculösen Erscheinungen an der Lunge und den anderen Organen konnten auch in der medizinischen Klinik intra vitam nicht gefunden werden. Klinisch war gar keine andere Diagnose zu stellen. Hingewiesen sei noch auf die Tatsache, die vor allem durch Jahnel bekannt geworden ist, daß bei einem an Syphilis erkrankten Menschen mit positivem Blutbefund durch das Hinzutreten einer tuberculösen Meningitis alle Reaktionen im Liquor im Sinne einer luetischen Erkrankung der Hirnhäute positiv werden können. Der Fall wäre vielleicht besser unter der folgenden Gruppe mit mehreren krankmachenden Komponeten einzureihen, auch in Hinsicht auf die schlechte Prognose.

Fall 6. 36 Jahre alter Pat. mit syphilitischer Infektion 3 Monate vor Ausbruch des ganz kurzdauernden, plötzlichen Zustandes völliger Bewußtlosigkeit. Meningen sicher entzündlich verändert, aber doch wohl durch eine andere Ursache als Syphilis. Meningitis serosa? Encephalitis? Ebenfalls guter Ausgang.

Bei den 4 übrigen Erkrankungen dreimal sicher akut entzündliche Erscheinungen an den Hirnhäuten infolge Lues bei Menschen um das dreißigste Lebensjahr. Dreimal guter

Ausgang bezw. Besserung. Ein Fall, akuter Verwirrtheitszustand, der klinisch und anatomisch unsicher war, mit schlechtem Ausgang.

Nach Ausschluß der Fehldiagnosen ist im allgemeinen zu sagen, daß die Prognose bei einem exogenen Reaktionstypus akuten Verlauf mit Syphilis als alleiniger Ursache sowohl quoad vitam, als auch quoad restitutionem keine schlechte ist.

Es ist bemerkenswert, daß bei den 2 tödlichen Erkrankungen von unseren 10 Fällen es sich um Menschen gehandelt hatte, die 48 bezw. 53 Jahre alt waren, also wesentlich über dem errechneten Durchschnittsalter von 38 Jahren lagen.

Ein ganz anderes Resultat ergibt die Zusammenstellung der folgenden Gruppe, die akute exogene Reaktionstypen darstellt, bei denen neben der Syphilis noch andere exogene Komponenten krankmachend beteiligt sind.

1.Ib. Fall 7. A. A. 47 Jahre alt, Maschinist.

Wird aus dem Krankenhaus l. d. Jsar wegen schwerer Verwirrtheit mit der Diagnose Lues cerebri, Paralyse? verlegt. Halluzinierte dort Sensationen von Seiten der Wände des Zimmers, sah die ganze Nacht elektrische Glaskugeln, in denen Vögel waren, auf und niederstiegen. Motorisch stark erregt, zeitlich und örtlich völlig desorientiert. Vom 24.11.16 — 1.12.16 in psychiatrischer Klinik München Exitus daselbst.

Diagnose: Lues cerebri.

Angaben der Angehörigen: Pat. mit 20 Jahren geschlechtskrank, kränkelt seit 1906. 1913 herzleidend. Seit Frühjahr 1916 aufgeregt, schläft viel. Sprache schlecht geworden. Einige Male leichte Anfälle. In seinem Beruf immer sehr tüchtig. Sparsam veranlagt. Bis 1915 ziemlicher Alkohol-abusus, etwa 5 Maß täglich. 8 Tage vor der Krankenhausaufnahme vergeßlich geworden, redete öfters verwirrt.

Somatisch: Rechte Pupille weiter als linke. Linke Pupille verzogen, weniger reagierend als rechte. Patellarsehnenreflexe kaum auslösbar, Achillessehnenreflexe erloschen. Aorteninsuffizienz. Zunge weicht nach rechts ab. Hypotonie der Gelenke. Romberg positiv. Gang leicht ataktisch. Sensibilität in Ordnung. Wa.R. im Blut +++, im Liquor +++. Liquor sonst nicht untersucht.

Psychisch: Manchmal gereizt, meist aber stumpf. Ab und zu leicht verwirrt, faßt aber dazwischen ganz gut auf und ist zugänglich und willig.

29. 11. Wird mehr und mehr benommen. Excitiert dazwischen.
1. 12. Exitus letalis.

Sektionsprotokoll:

Klinische Diagnose: Lues cerebri. Paralyse?

Anatomische Diagnose: Mesaortitis luetica mit sekundärer Arteriosklerose. Aorteninsuffizienz, broncho-pneumonische Herde. Arteriosklerotische Schrumpfniere.

Histologische Diagnose: Keine Paralyse. Gliawucherung in der ersten Schicht (Meningen und Gefässe nicht vorhanden).

Fall 8. A. B. 65 Jahre alt, fr. Kutscher, jetzt im Spital.

Vom Spitalarzt eingewiesen wegen hochgradiger Erregtheit, Sinnestäuschungen und völliger, zeitweiser Verwirrtheit.

Vom 30. 6. 1916 bis 20. 7. 1916 in psychiatrischer Klinik München. Diagnose: Lues cerebri.

Anamnese: starker Potator. Früher Kutscher.

Schlaganfall 1913, seitdem arbeitsunfähig im Spital.

Somatisch: Pupillen: linke Pupille reagiert nicht, rechte wenig auf Lichteinfall, Reaktion auf Convergenz beiderseits gut. Patellarsehnenreflexe beiderseits lebhaft. Bauchdeckenreflexe nur rechts auslösbar. Achillessehnenreflexe vorhanden. Romberg negativ. Aorteninsuffizienz. Puls sehr frequent. Blutdruck 220/70. Capillarpuls. Wa. R. im Blut und Liquor: +. Sprache schwer verständlich.

Psychisch: Leicht erregt, von Sinnestäuschungen nichts zu erfahren. Geistige Fähigkeiten allgemein gering herabgesetzt. Abwechselnd weinerlich, harmlos polternd. Stets völlig klar.

20. 7. 16. Überführung nach der Heilanstalt Haar.

Katamnese Haar:

22. 7. 16. Oedeme an beiden unteren Extremitäten. Zeichen starker Arteriosklerose und Myodegeneratio cordis. Zuweilen ängstlich, nicht senil dement, weinerlich, kindisch.

25. 7. 16. Oedeme etwas zurückgegangen, doch allgemeiner Verfall.

27. 7. 16. Seit gestern benommen, schwere Atmung. Exitus letalis unter dem Zeichen allgemeiner Schwäche.

Keine Sektion.

Fall 9. J. H. 65 Jahre alt, fr. Kaufmann.

Wegen Aufregungszustände, Delir und Tobsucht vom behandelnden Arzt eingewiesen.

Angaben des Sohnes: Pat. war früher immer gesund. Von Syphilis nichts bekannt. Vor 5 Jahren große Aufregungen, weil Ref. in Russland sein Vermögen verloren hatte. Seitdem kränkelt er: Gallenleiden, Herzbeklemmungen, Unterschenkelgeschwüre, Hodengeschwulst (vor 2 Jahren), Geschwüre an den Armen. Hodenexstirpation. (Tuberkulose?). Seitdem bettlägerig. Seit 5 Monaten Gelenkschwellungen mit Fieber. Bis vor 3 Wochen geistig ganz klar. Hört plötzlich schlechter, sah auch schlechter. Wurde verworren, hatte Sinnungstäuschungen, einmal erbrochen. Heftigste Kopfschmerzen, verweigerte das Essen. Bekam gestern Abend plötzlich einen Tobsuchtsanfall, sagte, seine Kinder wollten ihn ermorden, zerbrach alles Geschirr im Zimmer, griff nach seinem Taschenmesser und ging damit auf die Umgebung los. Trotz Morphium die ganze Nacht unruhig. Wird deshalb eingeliefert. Vom 17. 6. 14 bis 24. 9. 14 in psychiatrischer Klinik München.

Diagnose: Lues cerebri.

Somatisch: Pupillen mittelweit, beide entrundet, linke Pupille eine Spur verzogen. Beide reagieren prompt auf Licht und Convergenz. Periost- und Sehnenreflexe sehr lebhaft. Keine Kloni. Kein Babinski. Kernig'sches Symptom negativ, keine Nackenstarre. Urin: Eiweis +. Zahlreiche rote Blutkörperchen und granulierte Cylinder. Wa. R. im Blut und Liquor positiv, 159 Zellen pro cmm. Im Liquor nur Lymphocyten.

Psychisch: Patient macht im Bett fortwährend ausfahrende Bewegungen, versucht das Bett zu verlassen. Gibt keine Antwort, murmelt beständig vor sich hin. Ängstlicher Gesichtsausdruck, schrickt zusammen. Bild lebhafter, deliranter Unruhe.

Am Abend wegen starker motorischer Unruhe in das Dauerbad. Sieht dort Tiere, spricht laut, kaum Verständliches. Temperatur um 39°. Nach einigen Tagen keine deliranten Zustände mehr, erkennt seinen Sohn, unterhält sich mit ihm. Fieber ist abgefallen.

Schmierkur wird begonnen.

Nach einigen Tagen örtlich und zeitlich orientiert. Klagt noch über etwas Schwindel, nachts habe er das Gefühl, als werde er von einem Menschen am Arme gefaßt. Starkes Schwanken beim Gehen, muß unterstützt werden.

Im weiteren Verlaufe der Schmierkur wird Pat. völlig frei.
24.9.14. Nach Hause entlassen.
Katamnese: leider erfolglos.

Fall 10. A. E., 52 Jahre alt, Dienstmann.

Wird aus dem Krankenhaus lks. d. Jsar wegen akuter Verwirrtheit mit der Diagnose: Lues cerebri, Arterienverkalkung, Nephritis verlegt. Seit 6.10.1915 dortselbst. Aortitis luetica. Dekompensation. Wurde am 15.12. plötzlich verwirrt, schlug mit dem Uringlas um sich und wollte zum Fenster hinaus.
Vom 16.12.1915 bis 25.1.1916 in psychiatrischer Klinik, dann zurück zur I. medizinischen Klinik, woselbst am 2.4.16 gestorben.
Diagnose: Lues cerebri, Arteriosklerose, urämische Zustände?
Somatisch: Pupillen übermittelweit, verzogen, linke absolut starr, rechte annähernd absolut starr. Rechte Nasolabialfalte verstrichen. Patellarsehnenreflexe different, rechts stärker als links. Achillessehnenreflexe vorhanden. Oedeme der Füsse, leichte Dyspnoe, Aorteninsuffizienz. Sensibilität: reagiert sehr lebhaft auf Stiche. Wa.R. im Blut +, im Liquor schwach + bis +, Nonne Opaleszenz, 83 Zellen. Sprache stolpernd, jedoch nicht verwaschen.
Psychisch: Sehr unruhig in der Nacht, drängt fort, sieht schwarze Hunde und Männer, die auf ihn losgehen und ihn angreifen. Glaubt dann, er sei in einem Kaffeehaus, habe dort Kaffee getrunken. Meint, man könne sich im Kaffeehaus niederlegen und habe sich deshalb dahier niedergelegt. Wird wegen starker Verwirrtheit und großer motorischer Unruhe auf die Wache verlegt und erzählt am anderen Tage, er hätte sich auf einem Schubkarren befunden, der in einem Torweg stand und es sei eine Militärperson gekommen, die mit ihm sprach. Vor dem Torweg sah er „Militärhunde". In den nächsten Tagen wieder etwas ruhiger geworden, doch nie ganz frei.
25.1.1916. Rückverlegung auf medizinische Klinik.
2.4.1916. Exitus letalis.
Sektionsprotokoll.
Klinische Diagnose: Lues cerebri und urämische(?) delirante Zustände.
Anatomische Diagnose:
Nebenbefund: Nagel in der Hirnschale, der auch die Dura durchbohrt hat.

Histologische Diagnose: Keine Paralyse. Keine Anzeichen von Lues. Nachtrag: Anamnese; Vor 25 Jahren Schanker und Tripper. Potus: 6 bis 8 Liter Bier, auch Schnaps.

Fall 11. M. B., 61 Jahre alt, Taglöhner.

Aus dem Krankenhaus lks. d. Jsar wegen akuter Verwirrtheit mit Aufregungszuständen mit der Diagnose: Lues cerebri eingeliefert.

Anamnese: Jnf. ven. neg. Potus: 2—6 Maß Bier. Vor 15 Jahren habe ihn einmal der Schlag getroffen. Sonst nie ernstlich krank. Auch in der Familie keine erwähnenswerten Krankheiten.

Somatisch: Pupillen reagieren beiderseits ausgiebig, aber langsam auf Licht, prompt auf Convergenz. Zunge weicht nach links ab, Patellarsehnenreflexe links stärker als rechts. Achillessehnenreflexe nicht auslösbar. Keine pathologischen Reflexe. Leichtes Schwanken bei Prüfung des Romberg'schen Phaenomen. Bl. Dr. 125/67. Puls klein, frequent. Wa. R. im Blut positiv, im Liquor negativ. 13 Zellen pro cmm.

Psychisch: Im Krankenhaus lks. d. Jsar sehr unruhig, halluzinierte elektrische Schattenbilder, Nebelfiguren, Frauensbilder, Lichter und Fuhrwerke. Glaubte, es brenne, sein Bett sei durch den Saal hin- und hergefahren u. dgl.

Nach der Aufnahme in die psychiatrische Klinik vorübergehend unruhig, blieb nicht im Bett, schien nicht zu wissen, wo er sich befand, faßt schwer auf, spricht undeutlich. Zeitlich orientiert gibt Alter und Geburtsdatum richtig an.

Kenntnisse über die gegenwärtigen Verhältnisse (Brotkarten etc.) sehr mangelhaft, in anderen Dingen, wie z. B. über den Krieg, weiß er Bescheid. Stimmungslage im allgemeinen indifferent, zuweilen etwas weinerlich. Gleichmäßiges, ruhiges, schlaffes Verhalten. Wird nach einigen Wochen nach Hause abgeholt. Keine Wiederholung des Verwirrtheitszustandes mehr.

Katamnese: Pat. ist am 28. 3. 1918 an einem „Herzschlag" gestorben.

Fall 12. T. R., 61 Jahre alt, Taglöhner, seit 7 Jahren invalide. Durch den behandelnden Arzt wegen Verwirrtheit mit starker Erregung eingewiesen. Seit 2 Tagen habe er auch Anfälle gehabt. Angaben der Ehefrau: In der Jugend trank Pat. viel Bier und Schnaps. Von einer geschlechtlichen Infektion nichts bekannt. Seit 8 Jahren krank: konnte das Wasser nicht mehr halten.

Zunehmende Schwerhörigkeit. Seit 3 Wochen ganz verändert, kennt sich nicht mehr aus, ist sehr erregt, oft ganz tobsüchtig. Seit 2 Tagen hätte er im Bett auch Krämpfe.
Vom 30.8.1920 bis 13.9.1920 in psychiatrischer Klinik München. Diagnose: Lues cerebri.
Somatisch: Pupillen reagieren nicht auf Lichteinfall und nur ganz gering auf Convergenz. Hirnnerven o. B.
Patellarsehnenreflexe + + +, Achillessehnenreflexe + + +. Babinski rechts vorhanden, ebenfalls Oppenheim rechts +. Romberg'sches Phaenomen stark ausgeprägt, der Gang ist unsicher und steif. Wa. R. im Blut positiv, im Liquor + bis +.
Nonne: Opalszenz, 127 Zellen pro cmm.
Psychisch: Verständigung infolge hochgradiger Schwerhörigkeit sehr erschwert. Keine Sprachstörung nachweisbar. Jetzt im allgemeinen klar, besonnen, orientiert und geordnet. Auf schriftliche Fragen gibt Pat. sinngemäße Antworten. Macht keinen dementen Eindruck.
13.9.20. Nach Heilstätte Eglfing überwiesen.
Katamnese Eglfing: Pat. liegt meist ruhig zu Bett, ist orientiert und nicht auffällig. Im übrigen psychischer Befund wie oben. Nach 14 Tagen schweratmig. Urin auffallend trüb, Temperaturanstieg, starke Durchfälle.
4.10.20. Unter zunehmender allgemeiner körperlicher Schwäche Exitus letalis.
Sektionsprotokoll:
Klinische Diagnose: Lues cerebri.
Anatomische Diagnose: Arteriosklerose der Aorta, Nephritis purulenta mit Schrumpfniere rechts. Leptomeningitis. Ependymitis granularis.

Außer diesen 6 Fällen enthält unser Material noch weitere sechs, die in diese Gruppe einzureihen sind. Da sie sich aber in ihrer Art und Entwicklung nicht wesentlich von den beschriebenen Bildern unterscheiden, will ich sie nur kurz anführen:

a) 73jähriger Patient mit unsicherer syphilitischer Infektion in der Jugend. Eingewiesen wegen akuter Verwirrtheit. Kommt am Tage nach der Aufnahme ad exitum. Wa.R. im Blut und Liquor nicht ausgeführt.
Die Sektion ergab ausgedehnte arteriosklerotische Veränderungen am Gefäßapparat. Hypertrophie und Dilatation des Herzens, Aorteninsuffizienz (syphilitischen Ursprungs?).

Die histologische Untersuchung des Gehirns zeigt ausgedehnte Endarteriitis obliterans, aller kleiner Rindengefässe mit Gliawucherungen. Granuliertes Ependym. Nicht mit Sicherheit zu entscheiden, ob arteriosklerostischen oder syphilitischen Ursprungs.

b) 40jähriger männlicher Pat. Von der inneren Klinik mit der Diagnose: akuter Verwirrtheitszustand, Morbus Basedowi, verlegt. Mittelschwerer Verwirrtheitszustand ohne besondere Färbung. Lues anamnestisch und serologisch im Blut und Liquor positiv. Nach Abklingen des Verwirrtheitszustandes gebessert entlassen.

c) 60jähriger männlicher Patient, der nach einem apoplektischen Insult völlig verwirrt und im Erregungszustand eingeliefert wird. Exitus letalis.
Es lag vor: Lues cerebri + Arteriosklerose.

d) 69jährige weibliche Patientin: wie unter c).

e) 56jährige weibl. Pat.: ebenfalls wie unter c) mit reichlichen Halluzinationen.

f) 62jähriger männlicher Pat. Akuter Verwirrtheitszustand bei positivem Hirnluesbefund mit fieberhafter Pleuritis und Mitralinsuffizienz. Exitus letalis.

Zusammenfassung und Kritik zur Gruppe 1) I. b.

Von 12 Erkankungen mit Lues cerebri + anderer exogener Komponente unter dem Bilde des exogenen Reaktionstypus akuten Verlaufs endeten 10 tödlich. Bei diesen letalen Fällen handelte es sich in unserem Material 9 mal um Arteriosklerose (teilweise auch mit Alkoholabsus) und einmal um eine fieberhafte Pleuritis mit Mitralinsuffizienz.

Guter Ausgang: 2 mal (Gelenkrheumatismus bezw. Basedow).

Beim Studium dieser Erkrankungsformen macht es zweifellos den Eindruck, daß das deletäre Moment in den arteriosklerotischen Gefäßwandveränderungen gegeben ist. Die hirnsyphilitische Beteiligung, sowie die Schädigung durch Alkohol wirken beschleunigend zum Ende mit.

Aus der Gegenüberstellung der Gruppen a) und b) des akut verlaufenden exogenen Reaktionstypus ergibt sich klinisch: eine akute Psychose vom Bilde der Verwirrung in höherem Lebensalter durch Syphilis allein dürfte wohl kaum vorkommen.

Syphilis allein fast ausschließlich unter dem Bilde der Meningo-Encephalitis luetica bei jüngeren Personen. Die Prognose bei beiden Gruppen ganz verschieden und ist oben schon gewürdigt.

Ia. Wie schon im statistischen Abschnitt erwähnt, gibt es in dem Münchener Material kaum einen ganz einwandfreien Fall, der nur in diese Gruppe einzureihen wäre.

Es sollen nach Fabritius Krankheitsbilder sein von halluzinatorisch-paranoidem Gepräge mit protrahiertem Verlauf. Die halluzinatorischen Störungen dabei aber von einer gewissen Besonnenheit im Gegensatz zu den Halluzinosen beim Verwirrtheitszustand auf der Höhe der Erregung. Es finden sich in der Tat in unserem Material mehrere solcher Psychosen (siehe die Arbeit über Halluzinose von Plaut). Wenn aber die Forderung aufgestellt wird, nur jene Bilder zu berücksichtigen, bei denen die hirnsyphilitische Erkrankung allein als Ursache in Betracht kommt, dann sind diese Fälle wohl ganz selten.

Fabritius beschreibt 5 Fälle von halluzinatorisch-paranoidem Gepräge beim exogenen Reaktionstypus. Der Autor selbst bemerkt aber in einer zusammenfassenden Kritik, daß bei seinem Fall 7) schizoide Züge eine große Rolle spielen, im Fall 8) ein paranoisch veranlagter Mensch in Betracht kommt, im Fall 10) das Senium berücksichtigt werden muß und schließlich im Fall 11) es sich vielleicht um eine Art atypische Paralyse gehandelt haben könnte.

Aus dieser Kritik ist am besten zu ersehen, welche Überlegungen gerade hier bei der Beurteilung in Betracht kommen müssen.

Anschließend wird ein Fall beschrieben, der vom Anfang bis Ende seiner etwa $3^1/_2$ jährigen Dauer beobachtet wurde. Auch bei dieser Psychose sind kritische Einwände zu machen. Trotzdem will ich sie hier beschreiben, weil bei Beginn der Erkrankung zweifellos meningitische Erscheinungen auf syphilitischer Grundlage im Vordergrunde des klinischen und neurologisch-serologischen Bildes standen, wenn auch dem Ende zu immer mehr an eine progressive Paralyse gedacht werden mußte.

Fall 13. L.Z., 35 Jahre alt, Diener.

Angabe der Ehefrau: Keine bemerkenswerten Erkrankungen in der Familie. Seit 4 Jahren verheiratet. Patient war früher nie krank. Vor einem Jahr litt Pat. an starken Schmerzen im Hinterkopf.

Vor 4 Wochen wurde Pat. plötzlich schwächer, magerte ab, schlief sehr schlecht. Hatte heftiges „Kopfschwitzen". Seit Sonntag, den 8. 3. 1914, ist er gestört im Kopf, bildet sich ein, alle Leute schimften über ihn und es griffe ihn jemand an. Am 8. und 9. März trotzdem noch in der Arbeit. Am 10. März reiste Ref. mit Pat. über Wiesbaden nach München. Pat. glaubte immer, sein Essen sei vergiftet, man trachte ihm nach dem Leben, es seien Schlangen im Bett und dergl. Dazwischen wieder ganz klar. Potus: früher viel getrunken, seit der Verheiratung nicht mehr. Vor dem Ausbruch der Krankheit hatte Ref. keinerlei geistige Besonderheiten an Pat. bemerkt.

Vom 13.3.1914 bis 15.5.1914 in psychiatrischer Klinik München.

Diagnose: Lues cerebri.

Somatisch: Rechte Pupille lichtstarr, reagiert schwach auf Convergenz. Linke Pupille etwas verzogen, reagiert gut auf L. u. C. Ausgesprochenes Gürtelgefühl. Romberg schwach +. Sonst kein krankhafter Befund. Wa. R. im Blut +, Liquor 0 bis +. 363 Zellen (14.3.) 439 Zellen (31.3.).

Psychisch: Widerwillig, will sich nicht untersuchen lassen. Sehr ängstlich, weint, glaubt seine Frau sei tot. Zeitlich und örtlich nicht orientiert, spricht gänzlich zusammenhanglos. Sprache machmal lallend, aber sonst nicht gestört. Häufig Wortsalat: „der Diener hat gewollt, wir müssen den Mantel essen, nachher hat er ihn gekauft. — Sofie kommt nicht mehr, — ich habe 3 Müllfuhren geleert — und dann das Silber putzt u.s.w." Zeitlich gänzlich desorientiert, weiß aber noch, daß er vor einigen Tagen von B. nach München fuhr und in Eisenach ganz gesund war. Zeitweise halluziniert er, hört viele Stimmen und vor allem die seines Bruders, die ihm sagt, er solle kommen. Dabei sieht er unverwandt zum Fenster hinaus auf einen Fleck.

Stimmung wechselnd, mitunter weinerlich, mitunter zufrieden und fast euphorisch.

Kurz nach der Untersuchung verfällt er in einem stuporösen Zustand, ist dabei befehlsautomatisch, zeigt ausgesprochene Flexibilitas cerea, reagiert nicht auf Nadelstiche.

Nachts sehr unruhig, mußte ins Bad gebracht werden. Verlangt eine andere Bettdecke, in der seinigen sei eine Ader, die schlecht riecht. In den nächsten Tagen ist Pat. abwechselnd stuporös und

agitiert. Spricht gänzlich unzusammenhängend, ist befehlsautomatisch und kataleptisch. Ausgesprochene Gehörshalluzinationen. Meint, er sei im Sanatorium Königsberg.
Auf anamnestische Fragen gibt er dazwischen teilweise richtige Antworten. Rechnet auch leidlich gut.
Sagt, von seinem Nabel steige es herauf, jedenfalls gehe der Strom in seinen Nabel hinein. Das komme vom Salz, das den Strom weiterleitet, es sei der Luftstrom, der mache einen immer wach. Er habe heute Nacht den Sieber Alois reden hören, der sei ein Schutzmann in Weimar und fahre da draußen umeinander. Pat. ist dauernd meist euphorisch und etwas besonnen, meint, er sei in Weimar. Klagt, er hätte in den Armen optische Stiche, außerdem hingen ihm Arterienadern an den Armen. Verdeckt beim Sprechen den Mund, da er glaubt, er hätte im Munde Arterienbazillen.
14.4. Im allgemeinen etwas geordneter und weniger teilnahmlos. Spricht ordentlich, hört aber immer noch Stimmen, es sei von einem „dummen Hund" gesprochen worden. Nachts seien Hunde, Bären, Ochsen auf seinem Bett gemalt gewesen. Nachts habe ihm jemand Strom ins Bett gelegt.
14.5. Die Sprachstörung ist im Laufe der letzten 2 Wochen ganz gering. Im allgemeinen orientiert und besonnen. Zeitweise halluziniert Pat. noch, sieht dabei „optische Figuren" am Fußende des Bettes. Manchmal sehr zerfahren, verlangt dringend, entlassen zu werden.
Alzheimer Bild (nach Mitteillung von Prof. Spielmeyer): Viele Lymphocyten, große Transportzellen, welche zum Teil Lymphocytenkerne eingeschlossen halten und außerdem auch Pigmentstoffe. (Könnte dafür sprechen, daß kleine Blutungen stattgefunden haben). Viele Elemente, die wahrscheinlich von meningealen Zellen abstammen.
15.5. Von der Ehefrau abgeholt.
2. Aufnahme: 7.7.1914 bis 24.7.1914.
Diagnose: Lues cerebri.
Zwischenanamnese: (Ehefrau): Nach der Entlassung hielt Pat. sich zu Hause außer Bett auf, ging auch mit Ref. spazieren. Bei Eintritt der Dunkelheit bekam er Angst, glaubte, die Leute trachteten ihm nach dem Leben. Hörte nachts zeitweise Stimmen, antwortete

immer darauf und schimpfte. Vor 8 Tagen gegen Abend Anfall: fiel um, war bewußtlos, zuckte in Armen und Beinen, hatte Blutstropfen am Mund, war rot und blau im Gesicht, hatte sich eingenäßt. Nach einer Stunde ganz vernünftig, kannte den Arzt und Ref. Vorige Nacht sprach er davon, daß er ein Messer nehmen und die Leute aufschneiden wolle.

Somatisch: Linke Pupille weiter als rechte Pupille, beide entrundet. Reaktion auf Licht beiderseits träge, rechts noch mehr als links. Reaktion auf Convergenz rechts gering, links prompt. Sonst keine pathologischen Befunde von Seiten des Nervensystems. Wa. R. im Liquor + — + (stärker als das letzte Mal). 61 Zellen pro cmm.

Psychisch: In ziemlicher Erregung eingeliefert, will entlassen werden, er sei nicht krank. Absolut uneinsichtig. Redet viel, geht auf Einwände nicht ein.

Zeitlich und örtlich orientiert. Sein zweites Wort ist, daß er entlassen werden müsse.

Stimmung im allgemeinen gehoben, redet viel, ist freundlich und zugänglich. Nur wenn man ihm sagt, daß er geistig nicht in Ordnung sei, wird er gereizt, beruhigt sich aber gleich wieder. Beim Rechnen macht er Fehler, merkt aber nicht, daß sein Rechenvermögen abgenommen hat.

12.7. Heute Nacht 12 Anfälle, die als paralytische beschrieben werden. Pat. liegt tief benommen im Bett, die Augen sind geschlossen. Reagiert nicht auf Anruf. Nachmittags keine Veränderung.

13.7. Immer noch benommen, reagiert aber zeitweise auf Anrufe.

14.7. Aufhellung des Sensoriums. Schläft viel, gibt die Hand.

24.7. Dauernd ablehnend, unwillig, döst vor sich hin, redet nicht spontan.

Nach Eglfing überführt.

Katamnese Eglfing: Uneinsichtig, schwer zu behandeln, mürrisch, feindselig. Macht unzutreffende anamnestische Angaben; er sei Nervenarzt aus Würzburg. Urteil sehr schlecht. Tags und Nachts oft sehr unruhig, schimpft und spuckt umher.

10.11.1914. Voller Wahnideen, ziemlich unzugänglich.

März 1915. In letzter Zeit etwas ruhiger geworden, spricht meist vor sich hin, schlecht orientiert, ziemlich urteilslos.

Januar 1916. Wiedersehr erregt. Unermüdliches, unflätiges Schimpfen ohne die geringste Ursache. Reichlich akustische Halluzinationen.

25.6.16. Hört fortwährend Stimmen, unterhält sich lebhaft mit ihnen, schimpft dabei in gemeinsten Ausdrücken. Beim Spazierengehen mit der Frau ganz ordentliches Benehmen.
3.1.17. Gestern gehäufte Anfälle, zwischendurch bewußtlos.
4.1.17. Heute freier. Läppisch-ephorisches Benehmen.
15.2.17. Dauernd im paralytischen Anfall mit heftigen Convulsionen. Exitus letalis.
Sektionsprotokoll:
Anatomische Diagnose: Leptominingitis chronica. Geringe Atrophie des Gehirns. Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Leichte Endarteriitis der Aorta. Gallensteine.
Leider keine histologischen Untersuchungen.
Kritische Zusammenfassung: Obgleich das Gesamtbild gegen Ende des Lebens an eine progressive Paralyse erinnert, müssen bei Beginn der Erkrankung vor allem meningeale, entzündliche Prozesse als Ursache der Kohaerenzstörung angesehen werden. Die starken Kopfschmerzen in der Anamnese, der serologische Befund (Zellzahlen!), das Alzheimerbild sprechen stark dafür. Ebenso der klinische Gesamteindruck. Ferner auch die Tatsache, daß durch die Sektion eine Leptomeningitis chronica nachgewiesen wurde. Die reichlichen Halluzinationen sprechen gegen progressive Paralyse. Jedenfalls eine Psychose von halluzinatorisch-paranoidem Charakter auf hirnsyphilitischer Grundlage, die im Laufe von 3½ Jahren unter zunehmendem geistigen Verfall zum Tode führt. Die histologische Untersuchung, die am sichersten endgültigen Aufschluß geben könnte, wurde leider nicht ausgeführt.

Ib. Auch für diese Gruppe von Psychosen mit halluzinatorisch-paranoidem Gepräge, bei der ausser der Hirnsyphilis noch andere Komponenten beteiligt sind, gilt dasselbe, was im allgemeinen bei der oberen Gruppe bemerkt wurde. Auch hier läßt sich kaum ein einwandfreier Fall in dem grossen Münchner Material finden.

Fall 14. W.K., 36 Jahre alt, Maschinistenehefrau.
Aufnahme wegen Lebensüberdruß, Beeinträchtigungsideen und leichter Verwirrtheit.
Angaben des Ehemanns: Eine Schwester des Großvaters mütterlicherseits gestorben durch Erhängen. Deren Schwester geisteskrank in Gabersee, ebenso die Tochter von letzterer. Eltern nüchterne Leute. Pat. selbst von jeher schwächlich. In der Schule gut gelernt,

dann als Dienstmädchen tätig. Seit 6 Jahren verheiratet. Vor 5 Jahren schwere Magenoperation. Trinkt seitdem sinnlos Schnaps, um die Schmerzen zu vertreiben. Selbst manchmal 1 Liter am Tage. Seit ½ Jahr vernachlässigt sie sich, vertrinkt ihren und ihres Mannes Verdienst.

Seit 5 Tagen unruhig und ängstlich, läuft umher, schläft nicht, hört überall Stimmen, glaubt, die Leute riefen von der Straße nach ihr. Hört einen Wagen, der ihre Möbel wegbringen soll, äußert viel Lebensüberdrußideen. Vor der Heirat hatte Pat. ein Verhältnis, auch eine Frühgeburt damals. Von einer Geschlechtskrankheit weiß Ref. nichts, auch nichts von einer ärztlichen Behandlung seiner Frau. Erste Aufnahme:

Vom 24.3.13 bis 25.6.13 in psychiatrischer Klinik München.

Diagnose: Unklar (Lues cerebri + Tabes dorsalis).

Somatisch: Pupillen; eng, rund, gleichweit, reagieren beiderseits nicht auf Licht, gut auf Convergenz. Augenbewegungen frei. Patellarsehnenreflexe und Achillessehnenreflexe fehlen beiderseits. Hypotonie der Kniegelenke; Atrophie des Quadriceps beiderseits. Gang ataktisch. Romberg'sches Phaenomen positiv. Wa.R. im Blut +, im Liquor +, 94 Zellen pro cmm.

Psychisch: Kommt zögernd und unsicher ins Untersuchungszimmer, starrt vor sich hin. Ängstlich gespannter Gesichtsausdruck. Faßt die Fragen meist richtig auf, doch sind ihre Antworten nur ganz spärlich, zeitlich und örtlich im großen und ganzen orientiert. Ihr Mann sei jetzt gestorben, sie selbst sei auf ewig verloren. Der Arzt im Saale habe sie aufs Licht aufmerksam gemacht, das ihr Mann verlischt. Sie höre seit 3 Tagen deutlich eine weibliche Stimme, es sei die ihrer Tante, welche ruft, sie müsse zu ihrem Manne kommen. Dazwischen ist Pat. wieder stark motorisch unruhig und völlig unzugänglich, meist aber besteht eine traurig-ängstliche Affektlage.

27.3.13. Ganz unzugänglich. Gibt keine Antwort. Hört wieder viele Stimmen, doch gibt sie nicht an, welchen Inhalts. Wandert ratlos in den Sälen umher. Fällt plötzlich auf den Boden, jammert und schreit: „Mein Mann war ein Heiliger und ich bin eine Gotteslästerin".

1.4.13 bis 10.4.13: Gesichtserysipel mit hohem Fieber.

Pat. ist etwas ruhiger geworden und zeigt im allgemeinen das Bild einer Depression.

10.4.1913: Gibt an, sie höre Stimmen, die alle durcheinander sprächen. Die Stimmen riefen ihr zu, sie hätte einen Brillantring gestohlen und verfolgten sie. Drängt dann hinaus, denn sie könne ja nicht bezahlen. Kleine Rechenaufgaben löst Pat. richtig, größere Intelligenzdefekte sind nicht nachzuweisen.
15.4.13. Hört wieder viele Stimmen, es seien die Stimmen ihrer Verwandten, die ihr durch das Fenster Beschuldigungen zuriefen. Gefragt, ob es wohl echte Stimmen seien oder nur „Phantasiestimmen", macht Pat. verschieden lautende Angaben. Doch scheint sie an die Echtheit der Stimmen zu glauben.
22.4.13: ziemlich unverändert, doch im allgemeinen ruhiger. Hört angeblich seit 3 Tagen keine Stimmen mehr. Bisweilen ein munteres Lächeln.
Salvarsankur wird begonnen.
Im Verlauf der nächsten Wochen wird Pat. noch freier, hört nur noch ab und an schimpfende Stimmen, die ihr allerhand Unrecht vorwerfen. Macht im allgemeinen den Eindruck einer leichten Depression.
25.6.13: Nach Haar überführt.
2. Aufnahme: 14.12.14 — 28.12.14:
Diagnose: Tabes + psychogene Depression.
Zwischenanamnese: Angaben des Ehemanns. Pat. kam September 1913 von Haar wieder nach Hause. Gesund war sie nicht. Die meiste Zeit zu Bett gelegen. Die Arbeit ging ihr garnicht von statten; zog sich von den Leuten zurück und schämte sich vor ihnen. Man brachte sie kaum aus der Wohnung heraus. Fühlte sich von den Leuten auch beobachtet und glaubte man spräche Schlechtes über sie. Oft traurig, sinierte viel. Bei jeder Gelegenheit sucht Pat. Geld zu bekommen, um sich Schnaps zu kaufen. Wenn sie trinkt, dann wird ihre Schwermut besser. Heute (14.12.) traf Ref., als er zufällig nach Hause kam, seine Frau ganz verstört an, sie war wie betrunken. Brachte sie zur Vorsorge hierher.
Somatisch: wie 1913.
Psychisch: Pat. ist zeitlich und örtlich orientiert und verhält sich seit ihrem Eintritt vollständig ruhig. Fühlt sich sogar sehr zufrieden hier. Zu Hause habe sie sich garnicht wohl gefühlt. Sie solle arbeiten, könne aber doch nicht. Es tue ihr leid, daß sie so unnütz sei.
28.12.14. Wird nach Hause abgeholt. Trennt sich unter vielen Tränen von der Klinik.

3. Aufnahme: 19.4.15—27.4.15.
Diagnose: Lues cerebri?
Zwischenanamnese: Angaben des Ehemanns. Seit ihrer letzten Entlassung aus der Klinik war sie ruhiger, als sie je zuvor gewesen ist. Das Wasser vermag sie nicht mehr zu halten, auf Brust und Herz viel Schmerzen, besonders nachts. Sie wäre zu Hause geblieben, wenn sie Pflege hätte, aber Ref. müsse jetzt zum Militär und sonst habe sie niemanden.
Somatisch: keine Veränderung gegen früher.
Psychisch: Pat. ist gleichmäßiger wie früher, bisweilen aber deprimierter Stimmung, nimmt Anteil an der Umgebung. Sie ist zugänglich, freundlich, schläft und ißt gut. Kenntnisse leidlich. Keine Sinnestäuschungen.
27.4.15: Nach Haar überführt.
Katamnese Haar: 2.5.15. Klagt ab und zu über Kopfweh. Im allgemeinen geordnet und ganz zufrieden.
20.5.15: Schreibt sehr gewandte Briefe an ihren Mann. Hilft mitunter im Saal, macht Handarbeiten, hat Krankheitseinsicht.
1.8.15: Dauernd ganz geordnet und orientiert. Ohne Veränderung.
10.12.15: Die rein tabischen Symptome treten in letzter Zeit deutlich in Erscheinung: Gürtelgefühl, Taubsein der Füsse, gastrische Krisen, Erbrechen, quälendes Kopfweh.
15.1.16: Geistig immer geordnet, klar und besonnen. Ohne Wahnideen und Sinnestäuschungen. Die Tabessymptome treten immer mehr in Erscheinung.
15.3.16: psychisch derselbe Zustand. Das körperliche Befinden wird von Tag zu Tag schlechter.
1.4.16: Sehr matt und hinfällig. Verträgt auch keine Speisen mehr.
3.4.16: Vormittags Exitus letalis.
Kritische Zusammenfassung: Die Diagnose Tabes-Psychose, die eine Zeitlang angenommen wurde, läßt sich nach dem weiteren Überblick der Erkrankung kaum halten, denn die geistigen Störungen gingen nach Abklingen des etwa $^{3}/_{4}$ Jahr dauernden dämmerzustandsartigen Bildes mehr und mehr zurück, obgleich die rein tabischen Symptome immer mehr zunahmen. Der akute Beginn mit der leichten Einengung des Bewußtseins ist doch am ehesten auf eine kombinierte Schädigung durch hirnsyphilitische Prozesse und dem Alkohol-abusus zurückzuführen.

Anhang zur Gruppe 1: Fälle mit epileptischen Anfällen auf syphilitischer Grundlage.

Fall 15. X. B., 28 Jahre alt, Briefträger.

Aus dem Krankenhaus München lks. d. Jsar mit der Diagnose Epilepsie verlegt.

Vom 14.5.1912 bis 24.7.1912 in psychiatrischer Klinik München. Diagnose: Epilepsie auf luetischer Basis.

Anamnese: Als Kind immer gesund, guter Schüler. Früher nie Anfälle, keine Verstimmungen, keine Dämmerzustände. Potus: 3—4 halbe Bier täglich. Konnte nie viel vertragen. Erster Anfall 13.5.1912.

Somatisch: Pupillenrektion in Ordnung. Patellarsehnenreflexe beiderseits schwach auslösbar, sonst Reflexe o. B. Leichter, schneller Tremor an beiden Händen. Wa. R. im Blut +, im Liquor 0 — +, 215 Zellen pro cmm. Liquor unter Druck abfliessend.

Psychisch: Zwischen den Anfällen erscheint Pat. leicht benommen, ist aber im allgemeinen orientiert. Keine Störung der Merkfähigkeit, kein Intelligenzdefekt nachweisbar. Im Verlaufe des Klinikaufenthaltes einige klassische epileptische Anfälle mit vorausgehender Aura.

Schmierkur. Im Verlaufe der antisyphilitischen Behandlung werden die Anfälle seltener, das Bewußtsein völlig normal wieder hergestellt. 8.7.12. 41 Zellen pro cmm. Pat. fühlt sich dauernd wohl und ist geistig völlig unauffällig.

Katamnese 1926. Pat. ist völlig gesund und übt den Beruf eines Strassenbahnschaffners aus. Keine Anfälle mehr seit der Entlassung aus der Klinik.

Kritik: Klassischer Fall einer Epilepsie auf hirnsyphilitischer Grundlage mit gutem Ausgang.

Fall 16. P.W., 23 Jahre alt, Taglöhner.

Grund der Einlieferung: epileptische Anfälle.

Angaben des Kranken: Bis vor 4 Jahren immer gesund gewesen. Mit 19 Jahren erster Anfall: Wurde plötzlich in der Arbeit gepackt, fiel zu Boden, kam im Krankenhaus erst wieder zu sich. Er soll damals mit einem Schrei zu Boden gestürzt sein, Schaum vor dem Mund gehabt haben, das Gesicht sei ganz blau gewesen. Pat. weiß einen halben Tag vor dem Anfall, daß ein solcher bevorsteht, hat dann zusammenziehendes Gefühl auf der Brust

und drückende Schmerzen im Kopf. Im Anfall häufige Zungenbisse, verschiedene Verletzungen beim Hinfallen. In jedem halben Jahr etwa 1 Anfall. Nach demselben unwohl, Kopfweh und schwer besinnlich. Es komme auch häufiger bei ihm vor, daß er so dasitze und plötzlich gar nichts mehr denke. Er lache auch oft ohne Grund. Pat. meint, er sei früher ein ganz anderer Kerl gewesen, lustig und vergnügt. Seit den Anfällen freue ihn das Leben nicht mehr, er sei schwerfälliger geworden, das Kopfrechnen gehe nicht mehr so geschwind wie früher.
Erste Aufnahme: 12.12.1910 bis 8.1.1911 in psychiatrische Klinik München.
Diagnose: Epilepsie.
Somatisch: neurologisch o.B. Verschiedene Hautabschürfungen am Körper.
Psychisch: örtlich und zeitlich orientiert, Stimmung deprimiert. Leise ausdruckslose Sprache, schwerfälliges Wesen. Intelligenzdefekte nicht nachweisbar. Sonst unauffällig. Im Laufe des Klinikaufenthaltes kein Anfall.
8.1.11: nach Hause entlassen.
Zweite Aufnahme: 14.1.11 bis 27.3.11: Einlieferung wegen epileptischer Anfälle aus dem Krankenhaus München lks. d. Isar.
Angaben des Bruders: Gibt dieselben Angaben wie Pat. bei seiner ersten Aufnahme. Von einer Geschlechtskrankheit des Pat. ist ihm nichts bekannt.
Somatisch: Pupillenreaktion auf Lichteinfall beiderseits vorhanden aber sehr träge. Reaktion auf Convergenz prompt und ausgiebig. Babinski rechts vorhanden, sonst o.B. Wa.R. im Blut +, im Liquor schwach +. 109 Zellen pro cmm.
Psychisch: Sehr wechselndes Verhalten. Leichte, unmotivierte Stimmungsschwankungen. Lacht bisweilen ohne Anlaß vor sich hin. Dann wieder verstimmt, mürrisch, schwerfällig. Dazwischen wieder sehr gesprächig und unruhig. Im allgemeinen macht Pat. einen unklaren Eindruck. Meist sehr unzugänglich gegen jeden Versuch, ihn zu beruhigen. Bei Besuch des Bruders wird er sehr gereizt, schimpft auf seine Verwandten.
Salvarsankur.
Immer noch sehr wechselndes Bild. Wiederholte Anfälle epileptischer Art. Einigemale ist Pat. völlig verwirrt und benommen.

7.2.11: Wegen starken Erregungszustandes im Dauerbad. Vollkommen desorientiert, springt aus dem Wasser in starker motorischer Erregung. Meint, er habe Holzspähne im Rücken, das Glied sei ihm weggeschnitten. Schlächter auf der Abteilung hätten den Leuten die Köpfe abgeschnitten. Er werde elektrisiert u. dgl.
Schmierkur:
15.2.11: Seit einigen Tagen Aufhellung des Bewußtseins. Keine Erinnerung an Anfälle oder Erregungszustände.
17.2.11: Vollkommen orientiert. Im Laufe der nächsten Wochen weitere Besserung. Völlig unauffällig.
27.3.11: Nach Hause entlassen.
Katamnese: Vom 16.5. bis 26.6. 1916 in Heil- und Pflegeanstalt Lohr.
Somatisch: Nervensystem: o. B.
Psychisch: geistig sehr stumpf, ist zeitlich und örtlich desorientiert. Häufige Verwirrtheitszustände mit grosser motorischer Erregung, kein eigentlicher epileptischer Anfall. Oft sehr gesprächig und euphorisch gestimmt. behauptet jeden Tag, etwas Besonderes zu sein und äußert viele Größenideen.
26.6.26: Nach Eglfing überführt.
Vom 30.6.1916 bis 24.11.1916 in Eglfing, dortselbst Exitus.
Diagnose: Epilepsie (Lues cerebri?)
Zeitlich und örtlich nicht orientiert, es ist nicht möglich, mit Pat. eine halbwegs geordnete Unterhaltung zu führen. Er geht nur selten auf den Sinn der an ihn gerichteten Fragen ein und wenn, dann nur mit wenigen Worten, um seine Aufmerksamkeit schnell wieder auf irgend etwas anderes, völlig abseits Liegendes zu lenken. Pat. ist motorisch meist sehr erregt, oft in völliger Verwirrtheit. Geistig stark herabgemindert und völlig interresselos für die Umgebung. Immer derselbe Zustand ohne wesentliche Änderung.
4.11.16: Schwerer epileptischer Anfall.
23.11. Wieder schwerer epileptischer Anfall. Dauernd ohne Bewußtsein.
24.11. Exitus letalis im Status epilepticus.
Sektionsprotokoll:
Klinische Diagnose: Epilepsie.
Anatomische Diagnose: Hydrocephalus externus und internus. Anämie des Gehirns. Bronchopneumonische Herde des linken Unterlappens. Stauungsleber.

Schädeldach mit Dura nicht verwachsen. Dura glatt, glänzend, nicht verdickt. Im Subduralraum erheblich seröse Flüssigkeit. Pia etwas verdickt. An manchen Stellen leicht getrübt, sonst leicht abziehbar. Basalgefässe nicht verkalkt. Gehirnsubstanz weich. Blutpunkte kaum sichtbar. Gehirnwindungen nicht abgeflacht, Großhirnrinde nicht verschmälert. Gehirnkammern und Aquäduktus Sylvii etwas erweitert. Ependym nicht granuliert.

Kritische Zusammenfassung: Der Gesamtüberblick über die Erkrankung und vor allem der Endausgang mit dem vollständigen geistigen Niedergang erinnert auch wieder stark an eine progressive Paralyse. Vielleicht handelte es sich um eine kongenitale Syphilis mit Beteiligung des Centralnervensystems, die sich über ein akutes hirnsyphilitisches Stadium in eine juvenile Paralyse weiter entwickelte? Jedenfalls spielt die hirnsyphilitische Beteiligung bei der Entwicklung dieser Psychose eine bedeutende Rolle. Leider ist auch dieser Fall histologisch nicht untersucht, sodaß eine definitive Entscheidung unmöglich ist.

Beim folgenden Fall mit raschem tödlichen Ausgang liegt eine histologische Untersuchung vor, und obgleich kein sicherer positiver Befund für eine syphilitische Erkrankung des Centralnervensystems anatomisch erhoben werden konnte und deshalb die Diagnose syphilitische Epilepsie in genetischer Hinsicht mit Sicherheit nicht gestellt werden kann (man kann trotzdem nicht von einer Fehldiagnose sprechen!), will ich den Fall wegen seiner klinischen Zugehörigkeit zum exogenen Reaktionstypus hier beschreiben, weil er als Momentbild betrachtet, differentialdiagnostisch wertvoll erscheint.

Fall 17. J. G., 46 Jahre alt, Jngenieur.

Wird von den Angehörigen wegen Verwirrtheit und Erregung eingeliefert.

Angaben der Ehefrau: Pat. hatte sich vor 25 Jahren syphilitisch infiziert. Kur 1915. Seit Februar 1916 Anfälle: Sinkt zurück, der ganze Körper zuckt, Arme werden nach einwärts gedreht, Augen starr, weit geöffnet, Schaum vor dem Munde. Blut kam nachher aus dem Mund. Bis jetzt 10 solche große Anfälle. Bis zum Ausbruch der großen Anfälle hatte Pat. auch reichlich kleinere Anfälle von ganz kurzer Bewußtlosigkeit. 30.6.18 Unfall: Fiel von einer Leiter konnte am nächsten Tage wegen Unsicherheit und Schwäche beim Gehen nicht aufstehen.

Seit 8 Tagen ist Pat. arg verwirrt, kennt sich garnicht mehr aus. Ref. bemerkte eine Veränderung beim Pat. erst seit dem Unfall. Vom 18.9.18 bis 24.9.18 in psychiatrischer Klinik München. Daselbst Exitus.
Diagnose Hirnlues.
Somatisch: Linke Pupille spurweise verzogen, Reaktion auf Licht beiderseits prompt und ausgiebig, Reaktion auf Convergenz nicht zu prüfen. Bauchdeckenreflexe und Kremasterreflex nicht auslösbar. N.S. sonst o.B. Wa.R. im Blut +, im Liquor negativ, 17 Zellen pro cmm, (davon 2/3 Polymorphkernige Leucocyten).
Psychisch: Man kann sich mit Pat. kaum in Beziehung setzen. Spricht dauernd leise vor sich hin, erscheint stets mit sich beschäftigt. Meist wiederholt er nun die an ihn gerichtete Frage oder einige Worte derselben.
Bewußtseinstrübung nimmt dauernd zu, reagiert kaum mehr auf Nadelstiche. Keine eigentlichen Anfälle.
24.9.18: Exitus letalis, ohne daß Pat. wieder zum Bewußtsein gekommen wäre.
Sektionsprotokoll.
Klinische Diagnose: Syphilitische Epilepsie.
Histologisch: Weder Anzeichen für Paralyse noch für Hirnlues, nach dem vorhandenen Präparat. Keine Entzündungserscheinungen, diffuse Nervenzellveränderungen und Ausfälle.

Bei den übrigen 5 Erkrankungen an syphilitischer Epilepsie (siehe statistischer Teil) handelt es sich um weibliche Kranke mit epileptischen Anfällen bei sicherer hirnsyphilitischer Erkrankung. Einmal bestand eine Schwangerschaft im 9. Monat und dazu eine mittelschwere Depression, die sich post partum besserte. Aber immer zeigte sich eine starke Einbusse der geistigen Fähigkeiten.

Chronische Defektpsychosen.

Diese Erkrankungsform bei Lues cerebri ist in ihren groben Zügen wohl bekannt und viel beschrieben. Es sollen deshalb hier nur einige Krankengeschichten mitgeteilt werden. Viel wesentlicher erscheint aber bei dieser Gruppe eine Mitbeteiligung anderer exogener Komponenten ausser der Lues zu berücksichtigen, weil doch durch dieselben sowohl die Art als auch die Entwicklung der Erkrankung zweifellos beeinflußt wird. Im statistischen Teil

ist gerade in Hinsicht auf die Prognose die Tatsache erwähnt, daß eine Kombination mit Arteriosklerose wesentlich schlechteren Ausgang nimmt als eine mit Alkohol-abusus. Die besondere Färbung der Krankheitsbilder sei am besten durch die Fälle selbst illustriert.

2. Ia. Fall 18. K. W., 33 Jahre alt, Musiker.

Angaben der Ehefrau: Seit $1^1/_2$ Jahren mit Pat. verheiratet. 1894 bis 1900 war Pat. als Musiker beim Militär. Sehr gute Führung, als Unteroffizier weggegangen. Anfänglich war Pat. ruhig und unauffällig. Seit Oktober 1909 verändert: Wurde leicht aufgeregt, zitterte, war etwas verwirrt, redete durcheinander erkannte jedoch seine Umgebung. Klagte über heftige Kopfschmerzen. Zustand allmählich schlimmer geworden. Ganz interesselos. Juli 1909 hatte Pat. 3 kurzdauernde Anfälle. In letzter Zeit sehr starke Kopfschmerzen, häufiges Erbrechen.

Vom 15.4.1910 bis 13.5.1910 in psychiatrischer Klinik.

Diagnose: Lues cerebri (progressive Paralyse?)

Somatisch: Wa.R. im Blut + +, im Liquor +, 121 Zellen pro cmm.

Neurologisch: o. B.

Psychisch: Zeitlich und örtlich orientiert. Stimmung euphorisch, dement. Kümmert sich nicht um seine Umgebung. Wesen stumpf und gleichgültig. Im Laufe des Klinikaufenthaltes immer dasselbe Bild.

13.5.10. Gegen Revers nach Hause entlassen.

2. Aufnahme: 15.1.23 bis 26.1.23.

Diagnose: Lues cerebri (Defektzustand). Kommt zur Rentenbegutachtung.

Zwischenanamnese: Angaben der Ehefrau: Hie und da läuft er von zu Hause fort, kommt einige Tage nicht heim. Sein Althorn nimmt er immer mit. Während des Krieges eingezogen. Lief einmal beim Militär davon, lag dann $^1/_2$ Jahr im Lazarett. Vom Militär entlassen. Spielt als Gelegenheitsmusiker bei verschiedenen Anlässen, hat keine feste Anstellung. Zu Hause ruhig, geht auf und ab, redet ganz vernünftig. Läuft nur öfter davon.

Selbstanamnese: Spielt nach der ersten Entlassung Baßgeige, Bombardon und Viola. 1917 freiwillig zum Militär. Die Löhnung habe ihm nicht gelangt, brannte durch, ging zu Fuß nach München. 8 Tage zu Hause, wurde dann verhaftet und ins Lazarett eingeliefert. Anfang 1918 vom Militär entlassen. Nahm seine Musikertätigkeit wieder auf, doch manchmal freue ihn das Musikmachen nicht.

Dann gehe er einfach fort. Warum er fortfahren müsse, wisse er selbst nicht, es komme so plötzlich über ihn. Anfälle habe er seit 1909 keine mehr gehabt.

Somatisch: Neurologisch o. B. Wa. R. im Blut und Liquor negativ, 11/3 Zellen pro cmm. Nonne: schwache Opalescenz.

Psychisch: Kommt mit lächelnder Miene ins Untersuchungszimmer, geht im Zimmer gemächlich auf und ab. Ruhig, gibt sinngemäße Antworten, ist zeitlich und örtlich orientiert. Urteilsschwach. In den nächsten Tagen liegt er meist zu Bett, lacht blöde, kümmert sich nicht darum, was mit ihm geschehen soll. Im ganzen stumpf und gleichgültig.

26.1.23. Nach Hause entlassen.

Katamnese: 5.1.25 Poliklinik: Pat. macht keine Schwierigkeiten, ist dauernd in seinem ermüdenden Beruf als Musiker tätig, spielt fast jede Nacht wo anders. Retrospektive Krankheitserinnerung gut. Geistig im allgemeinen etwas eingeschränkt ohne gröbere Ausfälle. Wa.R. im Blut negativ.

Kritische Zusammenfassung: Klassisches Bild einer einfachen hirnsyphilitischen Demenz, die allerdings beim akuten Beginn einen viel schwereren Eindruck macht. Typisch bei unserem Fall auch die partiellen Ausfälle, wie sie gerade beim hirnsyphilitischen Schwachsinn recht bezeichnend sind.

Fall 19. M.P., 30 Jahre alt, Köchin.

Wegen Erregungszustand aus dem Krankenhaus Schwabing eingeliefert.

Autoanamnese: Mit 14 Jahren in Stellung als Köchin. 21 Jahre alt lernte sie einen englischen Arbeiter kennen, wurde schwanger von ihm. Bald darauf bläschenförmiger Ausschlag. Abgang im 4. Monat ohne Eingriff. Ging zu den Verwandten ihres Bräutigams und arbeitete dortselbst. 2 Jahre später wurde sie nachts gelähmt an der linken Seite, konnte weder Arm noch Bein bewegen. Vorher schon starke Schmerzen im Hinterkopf. Im Spital mit Quecksilber und Jodkali behandelt. Seit dieser Zeit fühlt sie sich verändert. Kann nirgends Ruhe finden. Ging wieder nach Deutschland, nach 7 Wochen aber wieder zurück nach Frankreich. Blieb dort 1 Jahr. Dann nach Luzern und Frankfurt. Ab und zu habe sie blitzartige Schmerzen in den Gliedern. Das Gedächtnis

sei schlechter geworden. Vor einem halben Jahr im Krankenhaus Schwabing, wo sie eine Salvarsankur mitmachte. Bekam viel Streit mit ihren Mitpatientinnen.
Laut Bericht des Schwabinger Krankenhauses hatte Pat. offenbar Gehörshalluzinationen und einen hochgradigen Aufregungszustand. Lag einmal lange weinend vor dem Hochaltar. In letzter Zeit sei sie sehr depressiv gewesen, doch sei ihre Stimmung im allgemeinen sehr labil, Lachen wechsle häufig mit Weinen ab.
Vom 14.4.1912 bis 11.5.1912 in psychiatrischer Klinik München.
Diagnose: Lues cerebri.
Somatisch: Pupillen o. B. Patellarsehnenreflexe: links stärker als rechts. Wa.R. im Blut 0, im Liquor 0, 1/3 Zellen im cmm.
Psychisch: Örtlich orientiert. Monat und Datum kann Pat. nicht angeben. Ruhig und besonnen. Folgt willig den Anordnungen. Sprache nicht gestört. Stimmung sehr euphorisch, spricht viel.
11.5.12: Nach Schmierkur nach Hause entlassen ohne wesentliche Veränderung.
2. Aufnahme: 16.1.1914 bis 13.3.1914 in psychiatrischer Klinik.
Diagnose: Lues cerebri.
Grund der Einlieferung: Selbstmordversuch.
Angaben der Dienstherrin: Pat. sei leicht zornig, habe ein unglaubliches Mundwerk. Seit dem Tode ihres Bräutigams, den nach ihrer Meinung die Ärzte falsch behandelt hätten, sei sie sehr erregt. Schrieb einen schwarz umränderten Abschiedsbrief, in welchem sie die Absicht mitteilte, sich das Leben zu nehmen.
Autoanamnese: Selbstmordversuch, indem sie ein Fläschchen Solutio Fowleri austrank. Im Schwabinger Krankenhaus wurde der Magen ausgepumpt. Der Grund zur Tat sei der Tod ihres Bräutigams. Pat. erzählt alles das lachend und gefragt deshalb, gibt sie an, daß es ihr jetzt wieder einmal ganz wohl sei.
Während der Untersuchung bricht sie bald in Lachen, bald in Weinen aus. Im allgemeinen macht Pat. einen ruhigen, geordneten Eindruck, sagt, sie hätte den Selbstmordversuch nicht unternommen, wenn nicht eine Freundin sie so gedrängt hätte, ihrem Bräutigam in den Tod zu folgen.
21.1. Hatte eine schlechte Nacht. Viel Angstgefühle, Nervenzuckungen in ihrem Körper. Erzählt, sie habe ihren Bräutigam

nachts sich langsam entfernen sehen und eine Krankenschwester sei dabei gewesen. Das alles habe sie nach dem Erwachen sich abspielen sehen.

12.3. Besserung unter Schmierkur. Stimmung gleichmäßig, meist heiter. Irgend welche erregende Nachricht bringt sie leicht zum Weinen.

13.3.14. Nach Hause entlassen.

1918: Gutachten über M.P. in einer Untersuchungssache wegen Beleidigung.

Urteil: Ganz aussergewöhnliche Erregbarkeit, Affektinkontinenz, schroffer Stimmungswechsel, erhebliche Gedächtnisschwäche, Kritiklosigkeit geben das Bild eines hirnsyphilitischen Schwachsinns.

Kritische Zusammenfassung: Die hirnsyphilitische Erkrankung bei einer Pat. mit zweifellos psychopathischer Konstitution ergibt ein ganz anderes Bild. Recht bezeichnend sind all die psychopathologischen Erscheinungen, wie sie in dem Gutachten von 1918 angeführt sind.

Ib. Fall 20. F.L., 34 Jahre alt, Maler.

Polizeilich eingewiesen, zog sich auf der Straße bis aufs Hemd aus, schlug sinnlos um sich.

Angaben der Schwester: Mutter nervenleidend, Vater an Schlaganfall gestorben. Pat. lernte mittelmässig, blieb einmal sitzen. Als Pikkolo in die Lehre. War wegen Schwerhörigkeit nicht zu gebrauchen. Kam dann zu einem Maler in die Lehre. Hatte nie die richtige Ausdauer. Seit 5 bis 6 Jahren fällt Ref. auf, daß Pat. sehr jähzornig war. Schlug oft um sich, warf alle Gegenstände durcheinander, schrie laut, bedrohte die Umgebung. Oft war er auch sehr verstimmt und traurig, hatte häufig Selbstmordgedanken. War im Beruf nie recht zufrieden, lief oft ohne Grund weg, wurde mitten in der Arbeit erregt und vertrug keinen Widerspruch. Machte oft unsinnige Streiche. Als Kind war er einmal nach einem Schlag auf den Kopf kurze Zeit bewußtlos. Vor etwa 6 Jahren Geschlechtskrankheit. Öfter Quecksilberkuren. Seitdem habe er oft gesagt, das Leben freue ihn nicht mehr, er komme sicher noch einmal nach Eglfing. Zeitweise schwerer Trinker. Oft 10—12 Maß Bier am Tage. Am 5.12. war er noch bei Ref., saß stumpfsinnig vor sich hinbrütend da, sprach nichts und lief plötzlich davon.

Vom 5.12.1911 bis 11.1.1912 in psychiatrischer Klinik München.
Diagnose: Lues, Alkoholdelir.
Liegt bei der Aufnahme auf der Bahre, gibt keine Auskunft, riecht nach Bier.
Somatisch: Pupillen: linke weiter als rechte, Reaktion auf Licht und Convergenz beiderseits prompt und ausgiebig. Andeutung von Patellarklonus beiderseits. Patellarsehnenreflexe beiderseits gesteigert. Keine patholog. Reflexe. Perforierender Defekt am weichen Gaumen. Wa.R. im Blut +, im Liquor ∅, 5 Zellen pro cmm.
Psychisch: Am Tage nach der Aufnahme abwesend, verträumt, stiert lange auf ein und dieselbe Stelle. Nicht ganz orientiert. Seine Schwester habe ihn hereinschaffen lassen, weil sie ihn loshaben wolle. Hört Stimmen, die ihn beschimpfen. Diese kämen von seiner Schwester und einem großen, schwarzen Manne, der seiner Schwester hilft. Sieht diesen schwarzen Mann öfter vor sich, auch jetzt in der Klinik.
Eigene Angaben: Vor 14 Jahren Schanker, mit Quecksilber behandelt. Nie recht gesund seitdem. Bald Ausschlag am Körper, bald im Munde, auf den Lippen und im Rachen. Seit 6 Jahren wiederholt Augenentzündungen. Sei seit dieser Erkrankung verstimmt, mutlos, wollte sich schon öfter das Leben nehmen. Seit August dieses Jahres hört er oft Stimmen und sieht Gestalten. Pat. macht die Angaben mit stumpfer Miene, stiert dabei starr vor sich hin.
8.12. Liegt zu Bett. Halluziniert andauernd optisch und akustisch. Im übrigen zugänglich. Sondenfütterung.
16.12. Schwere Erregung, weil er wieder viele Stimmen hört, die ihn mit Umbringen drohen.
25.12. Wird klarer. Stimmung ablehnend, nörgelnd, querulierend.
2.1.12. Besserung macht Fortschritte. Zugänglicher. Ab und zu witzig, hat aber keine Krankheitseinsicht. Zeitlich und örtlich orientiert. Gibt heute an, die Stimmen schon seit 10 Jahren zu hören. Auch sähe er seit 10 Jahren ab und zu nachts Schatten auf den Wänden, Schleier und zerrissene Wolken, auch Menschengestalten. Seit 3 Wochen Schmierkur im Gange.
Wird zusehends klarer und unauffälliger. Im allgemeinen geistige Fähigkeiten gering herabgesetzt.
11.1.12: Nach Eglfing überführt.

2. Aufnahme. 26.12.20 bis 3.1.21.
Diagnose: Psychopathie (Lues, Alkoholismus).
Autoanamnese: Seit Jahren keine geregelte Arbeit. Gelegentlich als Tüncher tätig, beansprucht meist Erwerbslosenfürsorge. Mehrmals vorbestraft. Körperlich nicht ernstlich krank. Häufig schwermütig, was Pat. mit seiner Syphilis in Zusammenhang bringt. Nie Anfälle, nie bewußtlos gewesen. Seit 6 Wochen im Schwabinger Krankenhaus zur 4. antisyphilitischen Kur. Schmierkur und Salvarsaninjektion. Bei der Entlassung sei das Blut trotzdem positiv gewesen. Jetzt sei er selbst gekommen, weil er sich infolge der Lues abgeschlagen und schwermütig fühle, vor allem aber um aufgehoben zu sein. Höre keine Stimmen mehr, sehe auch nichts Auffälliges mehr. Seit dem Kriege sei er sehr mässig im Trinken, er brauche jetzt nur wenige Tage Erholung, könne dann schon wieder arbeiten.
Somatisch: Pupillen gleichweit, reagieren prompt auf Licht und Convergenz. Wa.R. im Blut positiv. Sprache etwas schwerfällig.
Psychisch: Einförmig, gelassen, etwas euphorisch. Keine gröberen psychischen Störungen, abgesehen von einer Schwerfälligkeit in der Auffassung und im Gedankenablauf.
3.1.21. Nach Hause entlassen.
3. Aufnahme: 14.11.22 bis 2.1.23.
Diagnose: Debilität, alte Lues cerebri.
Aus dem Krankenhaus lks. d. Jsar eingeliefert.
Zwischenanamnese: Seit der letzten Entlassung als Gelegenheitsarbeiter tätig. Getrunken habe er nicht mehr. Sei die Zeit über immer gesund gewesen, aber durch die schlechte Ernährung sehr heruntergekommen. Deshalb habe man ihn ins Krankenhaus eingewiesen, er sollte dort punktiert werden. Man habe ihn hierher verlegt, weil er sich das nicht gefallen lassen wollte. Keine Gehörs- und Gesichtstäuschungen mehr.
Somatisch: Pupillen: rechte weiter als linke, beide entrundet, Reaktion auf Licht beiderseits träge, auf Convergenz gut. Wa.R. im Blut +, im Liquor ∅, Phase I ∅, 12/3 Zellen pro cmm.
Psychisch: Örtlich und zeitlich orientiert, gibt geordnete Auskunft. Rechnet unbeholfen. Merkfähigkeit gut. Im allgemeinen zugänglich, gleichgültig, uninteressiert. Stimmung meist kindisch-euphorisch.
2.1.23: Nach Haar überführt.

Katamnese Haar:
2.1.23: Pat. ist klar und geordnet, gibt willig und sachlich Auskunft. Er ist langsam und schwerfällig, geschwätzig und weitschweifig. Dabei ist er aber sehr ansprechbar, auch keineswegs affektlos in der Unterhaltung. Seine Erkrankung im Jahre 1912 führt er auf das Trinken zurück. Von seinen Halluzinationen damals spricht er jetzt als Täuschungen. Auch in Eglfing 1912 habe er Gesichts- und Gehörstäuschungen gehabt, ebenso nach seiner Entlassung damals, wenn er getrunken hatte. Jetzt trinke er nicht mehr. Ausführlich spricht er von seiner Syphilis, sein Blut sei noch nie negativ gewesen. Sein Plan für die Zukunft sei, in ein Spital zu kommen. Bittet selbst um Beschäftigung. April 1923: geht regelmäßig zur Arbeit in den Garten, ist dabei ruhig, ordentlich und gesellig. Drängt zeitweise fort, hat aber keine greifbaren Zukunftspläne. Juli 1923: Arbeitsam, ordentlich jedoch von Zeit zu Zeit unzufrieden, fortdrängend. Steht den wirtschaftlichen Mißverhältnissen kritiklos gegenüber. Oktober 1923: Muß zwecks besserer Überwachung verlegt werden, da er einsichtslos fortdrängt und die Nahrung 2 Tage völlig verweigerte. Will sich das Leben nehmen. Nach einigen Wochen wieder beruhigt und gleichmäßiger. Verlangt von selbst zurück zu seiner alten Beschäftigung.
22.11.23: 3 Tage nach München beurlaubt, um sich mit seinen früheren Arbeitgebern wegen evtl. Einstellung zu besprechen.
25.11. Wieder zurückgekehrt.
Jan. 1924: Andauernd einwandfreies Verhalten.
Juli 1924: Immer fleißig und korrekt. 14 Tage nach München beurlaubt.
20.7.24: Erscheint heute mit schriftlicher Bestätigung, daß er bei einem Maler in München eingestellt worden ist.
Pat. wird heute gebessert und arbeitsfähig entlassen.
Kritische Zusammenfassung: Es finden sich in unserem Material noch mehrere Psychosen, die der zuletzt als Fall 20 beschriebenen sehr ähnlich sind und bei dehnen neben der hirnluetischen Erkrankung auch noch der Alkohol-abusus sehr berücksichtigt werden muß. Gerade bei dieser Kombination kommen halluzinatorische Störungen recht häufig vor, und es ist schwierig zu entscheiden, ob dieselben mehr auf die Hirnlues oder den Alkohol-abusus zurückführen sind. Im zuletzt beschriebenen Falle scheint mehr der Alkohol die Ursache der Halluzinosen zu sein.

I.a Fall 21. A.v.B., 56 Jahre alt, Generalleutnant a.D.
Angaben der Schwester. In der Familie der Mutter schwere Erkrankungen an Neurasthenie. Eine Schwester der Mutter geisteskrank. Pat. selbst war geistig immer gesund, machte glänzend Carrière, war sehr begabt, außerordentlich beliebt durch seine Gerechtigkeit. Nie Alkoholmißbrauch. Seit 1904 merkte Ref. eine Veränderung in seinem Wesen: Er blieb abends viel daheim sitzen, brütete vor sich hin, behauptete, er könne nicht lesen wegen seines Auges, ließ in seinen Interessen nach. Hatte manchmal merkwürdige Urteile, verlor das Maß für andere. Keine Grössenideen, keine Verschwendung. Nur ein geringes Nachlassen seiner Persönlichkeit, das sich auch dienstlich bemerkbar machte. In der nächsten Zeit fiel ausser einer gewissen Heftigkeit nichts an ihm auf. Er machte auch noch weiterhin feine Carrière. 1909 einige Male auffallend heftig und unfreundlich, hatte eben auch ausserordentlich viel zu tun. Vielleicht von da an fiel der Mangel an geistigem Interesse ausserhalb des Dienstes langsam zunehmend auf. Kein Interesse mehr für Literatur, Musik u.dgl. Freunde bemerkten damals noch nichts. Im Dienste kein Nachlassen. Erst in den kommenden Jahren 11 bis 16 trat eine Entschlußunfähigkeit auf. 1913 Pensionierung als General. Er fühlte sich zuerst erleichtert, nahm seine alten Interessen nicht mehr auf. Rauchte wahnsinnig, wie schon früher. Abends mehrere Glas Kognak und Ruhm, auch Bier. Konnte aber nichts mehr vertragen, wurde oft schwer berauscht, daß es wie eine Lähmung aussah.
Vor $2^1/_2$ Jahren (1915) in Berlin einige kleine Schlaganfälle. Nach denselben blieb eine gewisse Schwerfälligkeit zurück. Januar 1916 schwerer Schlaganfall mit einer viertelstundenlangen Lähmung, konnte aber am gleichen Tag wieder gehen. Linker Arm gelähmt und Erschwerung der Sprache. Nach der Heimkehr von Berlin sehr zärtlich zu seiner Schwester, machte ihr den Vorschlag, als seine Frau mit ihm zu leben. Februar 1916: 2 schwere Schlaganfälle. Rechter Arm und rechtes Bein gelähmt. Wochenlang völliger Sprachverlust. Schrie sinnlose Silben. Die Sprache kam nur unvollständig wieder. Von da an fortschreitender Verfall. Oktober 1916 nach Neufriedenheim.
Vom 24.11.16. — 30.5.18 in psychiatrischer Klinik München.

Diagnose: Lues cerebri.
Somatisch: Linke Pupille enger als rechte und verzogen. Reaktion auf Licht beiderseits vorhanden, rechts besser als links. Reaktion auf Convergenz prompt und ausgiebig. Patellarsehnenreflexe beiderseits gesteigert. Allgemeine Hyperästhesie. Wa. R. im Blut +, im Liquor 0 — +, 21 Zellen pro cmm, Nonne: Opaleszenz. Keine Spasmen, Gang steif, etwas unsicher.
Psychisch: Pat. macht einen dementen Eindruck. Man kann sich mit ihm nur in dürftiger Weise verständlich machen. Einfache Aufforderungen werden anscheinend verstanden. Spontane sprachliche Äusserungen sehr gering. Ausser „Ja", das er 100 mal wiederholt, „Marie", und „Es treibt mich", spricht Pat. nichts. Er ist motorisch etwas unruhig, steht sehr oft vom Bett auf, geht in den anderen Sälen herum, ohne aber die Kranken zu belästigen. Pocht und rüttelt mitunter an die Türen, läßt sich aber meist schnell beruhigen und ins Bett zurückbringen. Nicht unrein.
7.12. Kombinierte Quecksilber- und Salvarsankur eingeleitet. Im allgemeinen heiter, zeigt sich erfreut beim Besuch des Arztes. Sagt „Ja, Ja", oder „Nein Nein". Zuweilen jammert und stöhnt er und sieht hilfesuchend umher, zeigt auf das linke Bein, das ihm anscheinend Schmerzen macht. Außer ganz einfachen Aufforderungen gegenüber, wie z. B. die Hand geben, Zunge zeigen u. dgl., verhält er sich ganz verständnislos. Wandert auf der ganzen Abteilung herum.
Februar 1917. Körperliches Allgemeinbefinden gut. Pat. erhielt Neo-Salvarsan 4,5 und wurde 5 Wochen hindurch geschmiert. Eine Beeinflussung des Zustandes dadurch nicht zu erkennen.
März 1917: Die sensorische Aphasie ist jetzt eine vollständige. Auch die einfachsten Aufforderungen werden nicht mehr verstanden.
April 1917: Unruhige und ruhige Tage wechseln.
18.5.17: Kurz hintereinander 2 Anfälle.
August 1917: Pat. wird zusehends matter und unbehilflicher. Gehen ist ohne Unterstützung nicht mehr möglich. Die psychische Abstumpfung macht weiter Fortschritte.
September 1917: Pat. stört jetzt häufig durch stundenlanges Schreien Inkontinenz von Stuhl und Urin. Ganz unzugänglich, wehrt ängstlich ab.
20.10.17: Auftreten von Oedemen an beiden Beinen. Herztätigkeit regelmässig.

24.11.17: Oedeme haben beträchtlich zugenommen. Puls hin und wieder arhythmisch. Über beiden Lungenunterlappen Schallabschwächung mit reichlich Rasselgeräuschen.
8.1.18: Oedeme völlig verschwunden. Herztätigkeit zufriedenstellend.
26.2.18: Gutes Allgemeinbefinden. Pat. stört durch lautes Schreien.
21.5.18: Hoher Temperaturanstieg. Atmung beschleunigt. Beginnende beiderseitige Unterlappenpneumonie.
26.5.18: komatöser Zustand.
29.5.18: Exitus letalis.

Sektionsprotokoll.

Klinische Diagnose: Hirnsyphilis.

Anatomische Diagnose: Lues cerebri. Frischer, faßt den ganzen linken Stirn- und Scheitellappen einnehmender Erweichungsherd. Alte Herde mit ausgiebiger Schrumpfung im linken Hinterhaupts- und Schläfenlappen. Aortitis luetica. Vergrösserung der Nebennieren. Hypostatische Pneumonie.

Histologische Diagnose: Gefäßlues. Neben den grossen Herden von frischer Erweichung und alter Narbenbildung finden sich überall noch zahlreiche kleine Herde frischerer und älterer Art. Die übrige Rinde zeigt schweren diffusen Nervenzellenausfall mit Schichtstörungen. Stellenweise hochgradige Gliawucherung und Endarteriitis der kleinen Gefäße.

Frische Erweichungen: Ein ganz frischer, großer Herd zeigt im Zentrum Nekrose mit Auswanderungen von polymorphkernigen Leucocyten. Am Rande Gitterzellenbildung. Kleinere Herde zeigen beginnende Organisation. Von diesem Bilde alle Übergänge zu Narben dichter und lockerer Art. Diese weisen teilweise reichlich Pigment auf und sind reich an „gemästeten" Gliazellen. Sie befallen Rinde und Mark. Lockere Narben führen über den „Status spongiosus" zu unregelmässig begrenzten Einschmelzungshöhlen.

Verödungsherde finden sich in der nicht so grob gestörten Rinde. Ebenda auch diffuser Nervenzellausfall, besonders in der dritten Schicht, der zum Bilde schwerer Atrophie mit Schichtenstörung führt. An solchen Stellen findet sich meist gleichzeitig hochgradige Gliawucherung und nicht überall gleich deutlich: Endarteriitis der kleinen Gefässe ohne die

Spur von Infiltration der Gefäßscheiden. Die Pia ist reich an Makrophagen und beherbergt vereinzelt Lymphocyten und stellenweise auch Plasmazellen. Die geringen infiltrativen Erscheinungen sind aber wahrscheinlich abhängig von den ausgedehnten Erweichungen.

Im Gegensatz zu den schweren und umfangreichen Veränderungen am Parenthym der Rinde sind die Gefäße der Pia auffallend wenig verändert. Die Endarteriitis der kleinen Cefäße ist daselbst zwar stellenweise sehr deutlich, hat aber nicht die Intensität des Nissl'schen Falles.

Untersuchung der Arteria basilaris ergibt typische und hochgradige Heubnersche Endarteriitis.

Zusammenfassung: Die klinische Beobachtung und die anatomische Bearbeitung, einander ergänzend, bringen doch immer wieder selbst bei einem anscheinend so klaren Krankheitsbild wie oben recht anregende, retrospektive Betrachtungen. Man kann in unserem Falle die recht brauchbare Anamnese und den histologischen Sektionsbefund nebeneinander von Schritt zu Schritt verfolgen und vielfach zur Deckung bringen. Schon 10 Jahre vor dem ersten apoplektischen Insult lassen sich bei dem Kranken geistige Veränderungen feststellen, die zunächst so fein sind, daß sie nur den Familienangehörigen bemerkbar werden. Sicher geht auch genau so lange der hirnsyphilitische Prozeß in Form der spezifischen, vaskulären Erkrankung zurück. Dann mit Einsetzen der groben Lähmungserscheinungen geht es unaufhaltsam dem Ende zu und auch dieses Stadium kann der Anatom mit dem bestmöglichsten Verständnis aus dem zerstörten Gehirn heraus lesen. Anschliessend will ich ein Krankheitsbild beschreiben, das streng genommen von den chronisch fortschreitenden Defektpsychosen wegen seines viel schnelleren Verlaufes abweicht, das aber in Gegenüberstellung zu dem letzten Fall hier wohl am besten unterzubringen ist.

Fall 22. H.L., 52 Jahre alt, Musiker.

Aus dem Krankenhaus lks. d. Jsar mit der Diagnose: Lues cerebri, progressive Paralyse, verlegt.

Angaben der Tante: Pat. immer ein ruhiger, zurückhaltender und unselbständiger Charakter gewesen, der jedoch gern in Gesellschaften ging. Seine Gemütsstimmung sei immer ernst

gewesen, jedoch nie traurig wie jetzt. Es habe begonnen, daß er sich schwach auf den Beinen fühlte. Familienanamnese: o. B. Angaben der Mietfrau: Kennt Pat. seit $3^1/_2$ Jahren. Er sei ein sehr verschlossener Mensch gewesen, befehlerisch, rechthaberisch. Habe immer gleich, wenn ihm etwas nicht paßte, Krach geschlagen. Seit August 1923 verändert. Damals sei er von einer Reise zurückgekommen. Er habe sie kommen lassen und gesagt, daß er an einer unheilbaren Krankheit leide, er habe sich vor 10 Jahren angesteckt und sei nicht richtig auskuriert worden. Er fühle sich vollkommen blöde und meine, nie wieder gesund zu werden. Sie solle alles verwalten, er könne nicht mehr.
Vom 8.12.23 — 4.2.24 in psychiatrischer Klinik München, daselbst Exitus.
Diagnose: Lues cerebri.
Selbstanamnese: Lernte gut, besuchte Volksschule und Gymnasium. Pflegte die Musik und wurde gegen den Willen des Vaters, der einen Kaufmann aus ihm machen wollte, Musiker. Absolvierte die Akademie der Tonkunst. Wurde zunächst Chordirektor (1897) an kleinen Bühnen. Kam als Begleiter weit herum, habe es aber nicht weit gebracht, denn das Glück habe ihm gefehlt. Er habe nur immer von der Hand in den Mund gelebt. Seit 1918 wieder in München, hatte seitdem nur kurze Anstellungen minderer Art. Er fühle, daß es in letzter Zeit nicht mehr so mit den Fingern gehe. Sei schon immer nervös gewesen. 1895 Tripper und Hodenentzündung. Darnach Ausschläge auf der Brust. 1910 habe der Arzt eine Pupillenstarre bei ihm festgestellt. Salvarsaninjektionen damals. Sonst sei er körperlich eigentlich nie krank gewesen. Seit einigen Wochen Verschlechterung des Sehvermögens. War deshalb in der Poliklinik. Dort sei das Blut positiv gewesen. Er sei in der letzten Zeit erwerbslos gewesen und habe Unterstützungen bezogen. Seit einiger Zeit sei er deprimiert, fühle sich so dösig, als wenn er besoffen wäre. Dieses Gefühl habe er auch jetzt.
Somatisch: Pupillen vollkommen starr. Wa. R. im Blut schwach +, im Liquor + bei 0,2, + + bei 1,0. 58/3 Zellen, Nonne: schwache Opalszenz.
Psychisch: Schlaffe Haltung. Bewegungen langsam, müde, selten. Gesichtsausdruck ernst, depressiv, ziemlich starr. Mimik gering.

Manchmal Tränenausbruch. Ängstliches, hilfloses Umherblicken. Oertlich und zeitlich orientiert. Spricht mit gedämpfter Stimme und läßt sich resigniert ausfragen. Er antwortet sinngemäß aber langsam und nachdenklich, mag nicht recht aus sich herausgehen, schildert sich als einen „Unglücksvogel". „Künstlerisch bin ich mit mir zufrieden gewesen, habe ja das Höchste erreichen wollen, mußte mich eben immer so durchfretten".

Macht sich Selbstvorwürfe, daß er seinen Geschlechtsverkehr anormal befriedigt habe. Er müsse sich Vorwürfe wegen seines ganzen Lebens machen, er habe seit Jahren nur noch homosexuell verkehrt. Er stürze seine ganze Familie ins Unglück, alle Patienten wüßten von seinem Laster. Er müsse sich dem Gerichte stellen. Am besten wäre, wenn er tot sei. Er sei ein grosser Verbrecher.

Einmal lebhafter, lächelt sonderbar überlegen und sagt, es sei nun alles überstanden, er habe Gift. Später sagt er, es sei Unsinn gewesen. Dazwischen oft motorisch sehr erregt.

27.12. In den letzten Tagen gibt Pat. überhaupt keine Auskunft mehr, saß mit bekümmerter Miene da, aß kaum.

Stuporzustand.

Jan. 1924: In letzter Zeit unruhiger. Geht viel auf und ab. Langt sich klagend an den Kopf und spricht verwirrt.

30.1.24: Macht einen sehr ängstlichen Eindruck. Gibt keinerlei Äusserungen von sich.

2. 2. 24: Pat. macht einen verfallenen Eindruck, reagiert kaum mehr auf Anrede.

4. 2. 24: Exitus letalis.

Sektionsprotokoll.

Klinische Diagnose: Lues cerebri.

Anatomische Diagnose: Lues cerebri. Mesaortitis luetica. Dilatatio cordis. Bronchopneumonie im linken Unterlappen. Emphysem der rechten Lunge. Prostataabscesse. Prostatahypertrophie. Empyem der Samenblasen. Balkenblase.

Schädelhöhle: Schädelknochen auffallend dünn. Die subarachnoidealen Räume sind mit Liquor gefüllt. Außerdem besteht eine hochgradige Trübung der weichen Häute an der Konvexität, und zwar am intensivsten am Stirnpol, nach hinten an Stärke abnehmend. Am Occipitalpol sind die Meningen frei.

Weiterhin fällt an der Konvexität auf die Erweiterung der Pialvenen, die bei ihrer Durchschneidung an der Eintrittsstelle in den Sinus stark bluten. Außerdem sind auch alle kleinen Gefäße der weichen Hirnhaut stark gefüllt. Im Gebiet des Stammes und des Kleinhirns keine auffälligen Injektionen. Die Meningen an der Basis zeigen nicht die intensive Trübung, aber an einigen Stellen fällt hier, wie in der Fossa Sylvii eine feine Wärzchenbildung auf. Es bestehen in der Fossa Sylvii, ebenso in der Fossa transversa, stärkere Verwachsungen. Die Basalgefäße lassen gröbere Einlagerungen vermissen, fallen aber durch die Starrheit der Wandungen und das wechselnde Volumen, bald dick, bald dünn, auf. Das Relief der Windungen tritt besonders am Frontalpol, soweit die auflagernde, verdickte Pia das zu erkennen gestattet, deutlich hervor. Hydrocephalus internus mäßigen Grades. In der Gegend der Foramen Monroi, der Stria terminalis und an der in den Ventrikel hineinragenden Thalamusoberfläche starke Ependymgranulationen. Die weiße Substanz ist auf dem Schnitt sehr reich an abwischbaren Blutpunkten. Die graue Substanz ist sehr lebhaft gefärbt, grau-braun mit einem Stich ins Violette. Eine sicher ausgedehnte Verschmälerung des Rindengrau kann nicht festgestellt werden. Im linken Parietaloccipitalgebiet frische Blutungen in den Meningen. Frisch aussehender Erweichungsherd im hinteren Teil des Putamen. Am Boden der Rautengrube ausgedehnte Ependymgranulationen. Rückenmark o. B. Schwefelammoniumreaktion: Makroskopisch ∅, Mikroskopisch: nur an einzelnen, wenigen Gefäßchen im Ammonshorn positiv.

Histologisch:

Ausgesprochene Endarteriitis (Heubner) der basalen Gefäße. Meningitis (Lymphocyten, Histeocyten), besonders basal und im Bereich des Rückenmarks. Jnfiltration von Rindengefässen teilweise im Zusammenhang mit der Meningitis, teilweise auch in tieferen Partien und hier vorwiegend aus Plasmazellen bestehend (Stäbchenzellen).

Es finden sich die unzweifelhaften Anzeichen einer sicher schon längere Zeit bestehenden vasculären und meningealen Hirnlues. Außerdem finden sich entzündliche Veränderungen in der Hirnrinde und diese sind, wenigstens teilweise, anscheinend von den

meningealen Veränderungen unabhängig und tragen stellenweise durchaus paralytischen Charakter.

Bemerkenswert ist allerdings auch hierbei das außerordentlich seltene Vorkommen von eisenhaltigen Pigmenten in der Begleitung von Infiltrationen. Wahrscheinlich handelt es sich also um einen beginnenden paralytischen Prozeß im Anschluß an eine Lues cereprospinalis.

Gummen wurden nicht gefunden.

Zusammenfassung: Es erhebt sich die Frage, ob der gehirnsyphilitische Prozeß schon so alt ist, daß er vielleicht für den jahrelang bestehenden abnormen Charakter des Pat. verantwortlich gemacht werden könnte. Bei einer so ausgesprochenen Lokalisation am Stirnpol braucht es zu keinen gröberen neurologischen Erscheinungen kommen, auch müssen schließlich psychisch keine eindringlicheren Störungen erzeugt werden, solange nicht ein Uebergreifen auf das Gehirn stattfindet. Inwieweit überhaupt die rasche Wendung zum schlimmen Ausgang in Zusammenhang gebracht werden kann mit einer Fortentwicklung des pathologisch-anatomischen Geschehens zum Bilde der Paralyse, ist wohl kaum mit Sicherheit zu entscheiden. Immerhin liegt eine Erkrankung vor, die dank der pathologisch-anatomischen und histologischen Durchforschung interessante Fragen bietet.

Anhang zu Gruppe 2. Wie schon im statistischen Teil der Arbeit erwähnt, handelt es sich um Fälle, bei denen eine Lues sicher ist, die aber negativen Liquor, vielleicht auch negatives Blut und keine postsyphilitischen neurologischen Erscheinungen aufweisen, die aber einen organisch kranken Eindruck machen und bei denen entweder erhöhter Blutdruck oder post mortem Arteriosklerose, Aortitis etc. gefunden wurde. Es handelt sich hier wohl um Fälle, bei denen die Syphilis nur die mittelbare Ursache für die geistige Erkrankung war, insofern auf Grund der Lues, wie es bei chronischen Infektionskrankheiten leicht möglich ist, eine Gefäßerkrankung auch im Centralnervensystem auftrat, die nicht spezifischer Art zu sein braucht, wo aber andererseits die hirnarteriosklerotischen Erscheinungen ohne die Lues nicht oder wenigstens nicht so früh aufgetreten wären.

Fall 23. J. St., 58 Jahre alt, Taglöhner.

Angaben der Ehefrau: Pat. hat immer viel getrunken, viel geraucht. Nie Krampfanfälle. Seit 1917 oft Schwindelanfälle, aber nie umgefallen. Beim Militär (1885) geschlechtskrank. War nie recht lebensfroh und lustig, hatte aber früher keine solchen Verstimmungen wie jetzt. Seit 3 Jahren grob, heftig. Lebt viel zurückgezogen, redet kaum mehr mit anderen Leuten. Kannte sich bis zuletzt aus, keine Gedächtnisabnahme. Erkrankte im Juni 1918 an allgemeinen Beschwerden. 8 Wochen im Schwabinger Krankenhaus, machte daselbst eine Schmierkur mit. Dann einige Wochen zu Hause. Das Leben freute ihn nicht mehr, war allgemein herabgestimmt. Hatte den Wunsch, zu sterben. Kam wieder ins Krankenhaus, war dort sehr depressiv, sprach von Selbstmord. Am 2.11.1918 schnitt er sich die Pulsader auf. Vom 4. 11. 1918 bis 2. 12. 1918 in psychiatrischer Klinik München.

Diagnose: Lues cerebri?

Selbstanamnese: Seit Sommer möge er nicht mehr leben, habe zwar keine Geldsorgen, alles sei nur wegen seiner Krankheit gekommen. In letzter Zeit sei er stark aufgeregt, habe oft Sausen im Kopf, starke Kopfschmerzen und inwendige Hitze. Das Leben freue ihn garnicht mehr. Er sei früher auch nie besonders lustig gewesen, aber so wie jetzt sei er nie verstimmt gewesen.

Somatisch: Pupillen mittelweit, nicht ganz rund, Reaktion auf Licht beiderseits träge, auf Convergenz gut. Wa. R. im Blut +, im Liquor ∅, 16 Zellen pro cmm. Nonne: Spur Opaleszenz. Arteriosklerose der peripheren Gefäße.

Psychisch: Depressives Zustandsbild. Langsame Bewegungen, leise, ausdruckslose Sprache, starrer, trauriger Gesichtsausdruck. Klagt und stöhnt viel. Glaubt, er werde nie mehr gesund werden. „O, das arge Kopfweh und die vielen Gedanken." Betet viel, daß der Herr ihn erlöse. Liegt den ganzen Tag apathisch im Bett, spricht nichts, beschäftigt sich nicht. Im Laufe seines Aufenthaltes an der Klinik immer dasselbe Bild.

2. 12. 18: nach Eglfing überführt.

Katamnese Eglfing: 3.12.18: Ist orientiert, aber hoffnungslos in Bezug auf seinen Gesundheitszustand. Berichtet, daß er zeitweise Aufregungen habe, daß er herzleidend sei und an Schlaflosigkeit leide.

8. 12. Fühlt sich etwas wohler, bleibt gerne zu Bett, da er sich auf den Beinen so unsicher fühlt.

12. 12. Ist wieder stärker verstimmt, verzweifelt an seinem Zustand.

Jan. 19: Etwas energischer und lebenslustiger geworden. Achtet peinlich auf sein körperliches Befinden.

Febr. 19: Zuversichtlicher, mit seinem körperlichen Zustand leidlich zufrieden. Sehnt sich nach Hause.

März 1919: Bittet, man möchte ihn entlassen. Gibt seine Selbstmordabsichten zu und erzählt, er habe daheim niemand mehr sehen wollen, es sei ihm gerade so gewesen, als ob lauter Blutwellen in den Kopf heraufstiegen.

6. 5. Wieder sehr verstimmt hat keine Ruhe und Rast. Meint, der Kopf werde ganz dick, habe Kreuzschmerzen, es gehe in seinem Bauch herum, an nichts habe er mehr Freude.

13.5. Gibt heute an, die Metallteile seines Zwickers in Stücke gebrochen und verschluckt zu haben, um auf diese Weise operiert zu werden und dabei sterben zu können, weil sein Leiden unheilbar sei und er anders doch nicht aus Eglfing kerauskomme.

15.5. Hochgradig verstimmt. gibt Selbstmordabsichten zu.

20.5. Jammert viel, wenn man sich nach seinem Befinden erkundigt. Liegt den ganzen Tag regungslos im Bett.

5.6. Klagt neuerdings über heftige Schmerzen im Rücken. Bei einer Untersuchung gibt Pat. an, daß er am ganzen Körper Schmerzen empfinde. Seine Angaben sind sehr ungenau.

28.6. Durch ständiges Jammern und Stöhnen äusserst störend auf der Abteilung. Wird verlegt.

19.7.19: Heute morgen plötzlicher Collapszustand und Exitus letalis.

Sektionsprotokoll.

Anatomische Diagnose: Aortenaneurysma. Aortitis luetica. Hochgradige Sklerose der Gefässe, Hypertrophie des Herzens. Hypostatische Pneumonie des rechten Unterlappens. Fettleber. Hydrocephalus externus und internus. Ependymitis granularis. Schädelhöhle: Gehirn 1280 Gramm. Schädeldach mit Dura nicht verwachsen, Dura leicht verdickt. Im Subduralraum seröse Flüssigkeit. Pia verdickt, milchig getrübt, leicht abziehbar. Basalgefässe verkalkt. Gehirnsubstanz weich, anaemisch. Blutpunkte sehr spärlich sichtbar. Gehirnwindungen abgeflacht, Großhirnrinde

verschmälert. Gehirnkammern und Aquaeduktus Sylvii sind erweitert und mit seröser Flüssigkeit gefüllt. Ependym granuliert.

Zusammenfassung: In welchem Masse die Lues oder die arteriosklerotischen Veränderungen zu der Entwicklung des schweren depressiven Krankheitsbildes beitragen, ist schwer zu entscheiden. Vielleicht besteht eine kombinierte verstärkte Wirkung beider Faktoren. Veränderungen, die für einen leichten entzündlichen Prozeß am Centralnervensystem sprechen, fanden sich in geringem Ausmasse bei der Sektion.

Fall 24. M.M., 38 Jahre, Kellnerin.

Einlieferung wegen Verdacht auf Paralyse.

Autoanamnese: Als Kind immer gesund gewesen, gute Schülerin. Mit 20 Jahren verheiratet. 3 gesunde Kinder. Während ihres letzten Wochenbettes habe ihr Mann sich angesteckt. Sie selbst bekam Ausfluß. 1905 im Krankenhaus mit Spritzen in den Arm behandelt. Vom Manne geschieden, Kellnerin geworden. In der ganzen Zeit kränklich. Kopfweh, Magenleiden, Zahnschmerzen. Immer schon nervös gewesen. Am 8.12.18 Gehirnschlag: linke Seite sei darnach schwächer gewesen. Bei Spezialarzt 2 mal Kur mit Salvarsan durchgemacht. Komme jetzt, um feststellen zu lassen, ob sie arbeitsfähig wäre.

Somatisch: Pupillen: Reaktion auf Licht und Convergenz beiderseits prompt und ausgiebig. Wa. R. im Blut +, im Liquor ∅, 3 Zellen pro cmm.

Psychisch: Rechnen gut, geordnet und besonnen. Zeitlich und örtlich orientiert. Wechselnde Gemütsstimmung. Weint sehr viel. In der ersten Zeit sehr deprimiert. Keine Schriftstörung. Nach einigen Tagen wieder nach Hause entlassen.

2. Aufnahme. Vom 23.1.20 bis 12.2.1920.

Diagnose: Hirnlues.

Somatisch: Pupillen o. B. Ebenso übriges Nervensystem. Wa. R. im Blut 0, im Liquor 0, 1 Zelle pro cmm.

Psychisch: Im Vordergrund ihrer Klagen steht, daß alle Leute auf der Strasse über sie sprächen. In der ganzen Nachbarschaft würde über ihre Krankheit diskutiert.

Zeitlich und örtlich vollkommen orientiert, Gedächtnis intakt, löst Aufgaben richtig.

Macht im allgemeinen einen ängstlichen Eindruck, kommt leicht ins Weinen. Auf der Abteilung verhält sie sich ruhig und ordentlich. Starrt zeitweise vor sich hin, hört dabei nicht, was man zu ihr sagt. Wenn man auf ihre Wahnideen zu sprechen kommt, wird sie nachdenklich. Sie bezieht wiederholt Äusserungen aus der Umgebung, die sie garnicht betreffen, auf sich. Verarbeitet sie dann als Verfolgungsideen und kann dabei sehr erregt werden. Im allgemeinen immer dasselbe Zustandsbild.
12. 2. 20. Nach Hause entlassen.
3. Aufnahme: Vom 12. 3. 1920 bis 26. 4. 1920 in psychiatrischer Klinik München.
Diagnose: Lues cerebri.
Wird wieder aufgenommen, weil es daheim nicht gegangen sei. Starke Kopfschmerzen, sehr traurig gewesen, hätte oft halbe Tage weinen müssen. Sie mache sich immer Gedanken über ihre Erkrankung. Auch die Leute sprächen noch über sie.
Psychisch: Ueber Ort, Zeit und eigene Angelegenheiten gut orientiert wie früher. Gedächtnis und Merkfähigkeit intakt. Keine Sprachstörungen. Jhr Verhalten ist ähnlich dem wie beim letzten Male: Niedergedrückt, ängstlich und weinerlich. Sie grüble beständig über ihre Krankheit nach, es wären überall Treibereien gegen sie im Gange.
Auf der Abteilung ruhig, weint viel, läßt den Kopf hängen.
15. 3. 20. Gibt an, es ginge ihr schon besser. Die Kopfschmerzen hätten nachgelassen, sie fühle sich zufrieden. Hat aber stets Tränen in den Augen. Am Morgen ist die Stimmung stets schlechter als am Nachmittag und Abend.
Pat. hat gar keinen rechten Trieb, entlassen zu werden, sträubt sich aber auch sehr, nach einer Anstalt verbracht zu werden.
In den letzten Tagen in ihrem Benehmen außerordentlich wechselnd. Verlangt öfter Arbeit, um sie gleich im nächsten Moment voll Wut hinzuwerfen. Setzt sich dann in eine Ecke, um stundenlang nicht zu sprechen.
26. 4. 20: Nach Eglfing überführt.
Katamnese Eglfing:
26. 4. 20. Benimmt sich ruhig und geordnet. Ueber ihre Verlegung nach hierher ist sie missgestimmt, allein sie meint, sie müsse doch bald entlassen werden.

30. 5. 20. Liegt die meiste Zeit ganz ruhig zu Bett, manchmal kommt sie mit anderen Kranken in Streit, gelegentlich weint sie. Heute legte sie sich im Garten auf den Boden und fing an zu schimpfen und zu heulen, als man sie aufforderte, aufzustehen.
4. 8. 20: Schimpft viel und laut ohne äußere Ursache, offenbar als Reaktion auf Halluzinationen. Kommt mit ihrer Bettnachbarin in Konflikt, weil sie meint, diese beschimpfe sie.
5. 8. 20: Schimpft viel. Man möchte doch aufhören mit dem verrückten Zeug, jetzt reiche es. Die eine zöge hin, die andere zöge her. Wurde gestern in ein alleinstehendes Bett verlegt, biß und kratzte bei dieser Prozedur. Verlegt.
20. 8. 20: Anfangs ruhig und zufrieden, nach wenigen Tagen mürrisch und ablehnend. Verlangt heute stürmisch ihre Entlassung.
9. 9. 20: Wird zusehends erregter, schimpft bei jeder Visite, sie möchte eigentlich wissen, was es jetzt mit ihr sei. Läßt sich durch nichts beruhigen, steigert sich immer mehr in Erregung, wirft fast jeden Tag die Esschüssel in den Saal. Nach Haus 6 versetzt.
4. 11. 20: Dauernd in großer Erregung, hört fortwährend über sich reden, meist Schimpfreden von Leuten, mit denen sie als Kellnerin zu tun hatte. Sie sitzt oft im Bad und spricht, bezw. schreit dann ihre Antworten in einen Heizkörper hinein, ohne sich auch nur im mindesten um die Vorgänge ihrer allernächsten Umgebung zu kümmern.
9. 1. 21: Liegt stark grimmassierend in ihrem Bett, schimpft plötzlich los, wird dann gegen andere Kranke gewalttätig.
14. 3. 21: Versuchsweise untertags im Wohnraum, ist aber meist durch ihr furchtbares Schreien und Schimpfen derart störend, daß sie wieder ins Bett gebracht werden muß.
5. 5. 21: Wechselndes Verhalten. Bald äußerst stürmisch und erregt, bald wieder ruhig, jedoch immer in gespannter Stimmung.
22. 6. 21: Muß immer wieder von Zeit zu Zeit ins Bad gebracht werden, da sie durch Halluzinationen zu Gewalttätigkeiten getrieben wird.
15. 9. 22: Immer wieder dasselbe Bild. Beißt heute in ihrer Erregung eine Pflegerin.
16. 11. 22: Schimpft, ist hochgradig erregt und gewalttätig. Spuckt im Zimmer herum.

18. 12. 22: Kommt oft ins Geraufe mit anderen Kranken.
20. 1. 23: Schimpfend, grimmassierend, dazwischen wieder läppisch, freundlich.
20. 3. 23: Springt plötzlich grundlos aus dem Bett und schlägt.
28. 5. 23: Temperaturanstieg. Husten und viel Auswurf. Blässe der Haut. Geht körperlich zurück. Die ablehnende Kranke ist schwer zu untersuchen. Beiderseits unreines Atmen und Rasselgeräusche.
20. 6. 23: Exitus letalis unter reichlichem Trachealrasseln.

Sektionsprotokoll:

Todesursache: Kavernöse Lungentuberculose. Nebenbefund: Erweichungsherd im rechten Schläfenlappen. Gehirngewicht 1180 Gramm. Schädeldach mit Dura leicht verwachsen. Dura nicht verdickt. Im Subduralraum reichlich seröse Flüssigkeit. Pia nicht verdickt, blutig getrübt, leicht abziehbar. Basalgefäße etwas verkalkt. Gehirnwindungen nicht abgeflacht. Großhirnrinde nicht verschmälert. Gehirnkammern und Aquaeduktus Sylvii nicht erweitert, mässig mit seröser Flüssigkeit angefüllt. Ependym ganz leicht granuliert.

Zusammenfassung: Das Krankheitsbild ist reich an den verschiedensten psychopathologischen Erscheinungen: Depression, schwerste Erregungszustände, paranoide Jdeen, halluzinatorische Störungen und schizophrene Züge. Eine sichere Zuteilung zu irgend einer Gruppe kann aber doch nicht getroffen werden. In der Anamnese wird die syphilitische Infektion zugestanden, auch im Blute ließ sie sich bei der ersten Aufnahme nachweisen, nie aber im Liquor. Bei der Sektion wurden außer einem Erweichungsherd im rechten Schläfenlappen noch verkalkte Gefäße und ein leicht granuliertes Ependym gefunden. Leider wurde eine histologische Untersuchung nicht vorgenommen. Es sind also ohne Zweifel syphilitische Veränderungen, wenn auch nur ganz geringen Grades, am Centralnervensystem nachweisbar, aber wie weit diese für die krankhaften psychischen Veränderungen verantwortlich gemacht werden können, läßt sich nicht entscheiden.

Fall 25. G. K., 49 Jahre alt, Bierbrauer.

Aus dem Krankenhaus lks. d. Isar wegen Aufregungszustand überführt.

Diagnose: Dortselbst: Nephropathie, Arteriosklerose.
Aus der Krankengeschichte der inneren Abteilung:
6. 7. 1914: Lumbalpunktion: Druck über 490 mm. Flüssigkeit klar. Reststickstoff im Blute: 60 mg. %. Andeutung von Kernig. Blutdruck über 270 mm Hg.
Hatte auf der inneren Abteilung einen leichten apoplektischen Insult mit aphasischen Störungen und rechtsseitiger Hemiparese, die sich aber sehr rasch zurückbildete.
Verkannte die Umgebung, lief aus dem Bett, stöhnt und schreit. Ist völlig unansprechbar geworden.
Vom 7.9. bis 6.11.1914 in psychiatrischer Klinik München.
Diagnose: Lues cerebri.
Angaben der Ehefrau: Seit 9 Jahren mit Pat. verheiratet, hatte immer viel Kopfweh, war leicht erregt. Vor 2 Jahren war Pat. wegen „Nervenkopfweh" ein Vierteljahr lang gelegen. Dann sei er wieder ganz gesund gewesen. Früher nie auffällig. Familienanamnese o.B. Potus: 3—4 halbe Bier, etwas Schnaps.
Im Jahre 1896 hatte Pat. sich infiziert, es sei ein Schanker gewesen.
Somatisch: Herz dilatiert, Puls schnellend, etwas beschleunigt. Pupillen o. B. Wa. R. im Blut stark +, im Liquor ∅, 5 Zellen.
Psychisch: Apathischer Gesichtsausdruck, gebundene Haltung. Augen weit geöffnet, starr blickend, spricht von sich aus nichts. Zeitlich nicht orientiert, hört Stimmen im Nebenzimmer, läuft an die Türe. Er traut dem Essen nicht, es könnte etwas darinnen sein. Vermutet, daß nachts jemand im Saale sei, der ihn beobachtet. Die Sinnestäuschungen sind nicht an die Nacht gebunden.
Gibt an, seine Frau habe seit seiner Abwesenheit 5 Kinder geboren, die seien von einem Postsekretär, hörte „Dieb" und „Spitzbub" rufen, seine Frau sei die größte Wildsau. Die Kranken im Saale seien Polizisten und die Stationsschwester sei instruiert. Redet faselig, macht verwirrten Eindruck.
Als ein Saalkranker auf der Bahre fortgebracht wird, meint er, man habe seine Frau als Wildsau hinaustransportiert.
Die Aerzte seien da, um ihn wegen seiner Schlechtigkeiten zu beobachten.
Im Laufe der nächsten Wochen macht Pat. dauernd einen ganz ratlosen und leicht verwirrten Eindruck. Er ist fast ständig voll von Beziehungsideen.

Schmierkur im Gange.
Auch im weiteren Klinikaufenthalt massenhafte, ungemein flüchtig auftretende Wahnideen. Vorwiegend mürrisch und gereizt.
6. 11. 14: Nach Haar überführt.
Katamnese Haar: 6. 11. 14: Ruhig und äußerlich ziemlich geordnet. Weiß, daß er in Haar ist. Auch zeitlich ziemlich genau orientiert. Stimmung etwas mürrisch, unzufrieden und gedrückt. Klagt sofort zahlreiche Beziehungsideen, hat auch hier angeblich schon wieder Stimmen gehört. Im Wesen etwas ratlos, weiß mit alledem, was er in den letzten Wochen erlebte, nichts rechtes anzufangen. Kennt sich selbst in seinem Innern nicht mehr aus. Somatisch: Herz nach links verbreitert, systolisches Geräusch über der Spitze und über der Pulmonalis. Diastolisches Geräusch über der Aorta. Puls etwas beschleunigt, schnellend, regelmäßig. Da Pat. schon 5 Touren Schmierkur mitgemacht hat, weiterhin nur Jodkali.
10. 11. Unverändert, wenig zugänglich, etwas mürrisch, zahlreiche Beziehungs- und Verfolgungsideen, etwas ratlos. Zur Zeit keine bedrohlichen Herzerscheinungen.
20. 11. In ständiger leichter Unruhe, geht dauernd umher.
10. 12. Recht verworren und völlig unter dem Einfluß zahlreicher Sinnestäuschungen und Beziehungsideen.
20. 12. Seit einigen Tagen zunehmende Oedeme der unteren Extremitäten. Angstgefühle und leichte motorische Unruhe.
25. 12. In den letzten Tagen Erscheinungen der Kreislaufschwäche verstärkt.
Heute Exitus letalis unter dem Zeichen der Herzschwäche.
Sektionsprotokoll.
Anatomische Diagnose: Aortitis luetica. Aorteninsuffizienz und Stenose. Pleuritis sinistra. Arteriosklerotische Schrumpfnieren.
Zusammenfassung: Der Fall bietet das Bild einer halluzinatorisch paranoiden Psychose von subakutem Verlauf. Wenn auch durch die Untersuchung des Reststickstoffes im Blut keine wesentliche Retention von Stickstoffsubstanzen nachgewiesen wurde, so erscheint es doch am wahrscheinlichsten, daß die zweifellos bestehende Nierenerkrankung eine Störung in der Ausscheidung harnfähiger Substanzen zur Folge hatte, die vielleicht zusammen mit der Lues das Krankheitsbild so gestaltete. Auf die halluzi-

natorischen Störungen werde ich in einer Gesamtzusammenfassung am Schlusse der Arbeit noch zu sprechen kommen, damit auch die folgende Gruppe berücksichtigt werden kann.

3.) Lues cerebri mit Störungen vom Symptomenbild des manisch-depressiven Irreseins, der Schizophrenie, des Verfolgungswahnes oder überhaupt endogener Erkrankungen:

a) Lues cerebri + Psychopathie.

Wie schon im statistischen Teil erwähnt, scheint gerade die Form der erregbaren Psychopathen durch die hirnsyphilitische Erkrankung so ins Ungeheure gesteigert zu werden, daß man die Lues wenigstens als Ursache für die Weiterentwicklung annehmen muß. Die beiden erwähnten Krankheitsbilder sind allerdings so reichhaltig und umfangreich, daß sie über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen und nur statistisch vermerkt und für weitere Nachforschungen anregend wirken sollen.

Beim folgenden Fall liegt zwar nur eine recht kurze Krankengeschichte vor, aber, da ich Gelegenheit hatte, den Kranken nach 10 Jahren wieder zu Hause nachzuuntersuchen und mir dabei durch die Angehörigen dessen Verhalten gut geschildert wurde, will ich ihn beschreiben:

Fall 26: A. K., 28 Jahre alt, Kraftwagenführer.

Zur Beobachtung eingewiesen.

Angaben der Ehefrau: Seit 1911 verheiratet, keine familiäre Belastung. Pat. lernte gut in der Schule, kam als Kaminkehrer in das Geschäft seines Vaters, machte sich später selbständig. War immer solid, trank sehr mäßig, hatte ruhiges Temperament und war nie aufgeregt. Dezember 1916 im Felde verwundet. Seitdem nervenleidend, war im Erholungsheim Solln und in einigen Lazaretten. Wurde dann Anfang 1917 vom Militär entlassen. Nach seiner Entlassung Monteur der bayerischen Flugzeugmotorenwerke.

Ref. fiel auf, daß ihr Mann seit dem Kriege vergeßlicher geworden war und sich nicht mehr so leicht etwas merken konnte. Februar 1917 kam ein anonymer Brief an die bayerischen Motorenwerke mit der Angabe, daß Pat. Werkzeuge gestohlen habe. Als der Schutzmann zur Haussuchung kam, wurde Pat. sehr erregt, schimpfte laut, wies ihm schließlich die Türe mit heftigen

Drohungen. Am 19. März wieder als Kaminkehrer in Arbeit. Es ging ganz gut.
In den verschiedensten Lazarettkrankengeschichten lautet die Diagnose: Hysterie, bezw. Psychopathie.
Vom 25. 4. 17 bis 16. 5. 17 in psychiatrischer Klinik München.
Diagnose: Lues cerebri.
Somatisch: Pupillen entrundet, rechte weiter als linke. Beide reagieren auf Licht weniger ausgiebig als auf Convergenz. Rechter Mundwinkel hängt etwas, rechte Lidspalte enger als linke. Zunge weicht nach rechts ab. Patellarsehnenreflexe und Achillessehnenreflexe beiderseits lebhaft. Kein Babinski, kein Klonus. Feinschlägiger Fingertremor. Hypalgesie an den beiden Unterarmen und Unterschenkeln. Wa. R. im Blut stark +, im Liquor 0 bis +, Nonne: Opaleszenz, 21 Zellen pro cmm.
Autoanamnese: 1911 geschlechtlich infiziert. In München mit Einspritzungen behandelt worden.
1913 Unfall beim Autofahren. Sei damals bewußtlos gewesen und 3 Wochen nachher immer noch schwindelig. Gedächtnis habe in letzter Zeit recht nachgelassen.
Psychisch: Etwas stumpfes Wesen, faßt langsam auf. Gesichtsausdruck unbeweglich, apathisch, zeitliche Angaben langsam und mit Widersprüchen. Schrift zittrig. Keine Sprachstörung.
16. 5. Nach Hause entlassen.
Katamnese 1927:
Angaben der Angehörigen: Hat seit der Entlassung aus der Klinik im Jahre 1917 nichts mehr gearbeitet. Von seiner Frau geschieden. Zieht nur nichtstuend herum und ist in seinem Verhalten sehr wechselnd. Oft sitzt er lange vor sich hindösend zu Hause, um dann plötzlich, wenn auf der Straße irgend ein Lärm durch Autos entsteht, aufs höchste erregt zu werden: Wirft dabei irgend ein Geschirr oder irgend einen Einrichtungsgegenstand in die Stube, schlägt die Mutter oder die Schwester und brüllt dabei wie ein Tier.
Wenn er sich ausgetobt hat, wird er gerade das Gegenteil: Weint dann wie ein Kind, bittet um Entschuldigung und stellt sich als schlechtesten Menschen hin. Tagsüber ist er nur zu kleinen Einkäufen oder zu leichten Zurichtungen im Hause zu verwenden. Dabei sei aber sein Gedächtnis nicht einmal schlecht

und er könne zwischendurch ganz vernünftig über die gewöhnlichen Dinge reden. Im allgemeinen sei er aber schlaff, mutlos und habe keinen Willen, etwas zu arbeiten. Die Familie sei durch ihn sehr zerstört, man müsse immer in Spannung sein, dass er nichts Dummes anstelle. Bezieht keine Rente, hat sich auch gar nicht um eine solche beworben.

Somatisch: Pupillen reagieren nicht auf Licht, leidlich auf Convergenz. Neurologisch sonst o. B. Sprache nicht gestört.

Psychisch: Klagt selbst über seine Schwäche und Willenlosigkeit, er könne aber nicht anders, denn er bringe den Willen zur Arbeit nicht auf. Auch habe er oft starke Kopfschmerzen und sei ganz dösig. Die Wut komme manchmal, wenn es auf der Straße irgend einen Lärm gibt, so über ihn, ohne daß er etwas dagegen tun könne und dann wisse er einfach nicht, was mit ihm geschehe.

Zusammenfassung:

Ohne Zweifel liegt eine hirnsyphilitische Schädigung vor, die außer einer allgemeinen geistigen Herabsetzung noch besonders das Bild eines willensschwachen und zeitweise sehr erregten Menschen erzeugte.

b) Lues cerebri + depressive Zustände.

Fall 27: F. M., 26 Jahre, Hauptmann a. D.

Angaben der Verwandten: Pat. hat als Gymnasiast viel Sorge gemacht. Absolutorium bestanden. 1877 Offizier geworden. Premierleutnant nach 8 Jahren. Als Hauptmann pensioniert wegen seiner Faulheit. War leicht erregbar, Hatte 16 Jahre eine Haushälterin, bei deren Erkrankung er sich sehr erregte. Hatte Todesgedanken. Durch eine Kur in Thalkirchen etwas gebessert. Vor 20 Jahren syphilitisch infiziert.

Wird jetzt von der Polizei, wo er einen „ehrenvollen Tod" suchen wollte, eingewiesen.

Vom 13. 10. 13 bis 17. 4. 14 in psychiatrischer Klinik München.

Diagnose: Lues cerebri.

Somatisch: Pupillen reagieren nicht auf Licht, schwach auf Convergenz. Linke Pupille weiter als rechte.

Wa. R. im Blut + im Liquor 0 — +, 4 Zellen pro cmm.

Psychisch: Oertlich orientiert, zeitlich weniger. Spricht langsam, monoton, oft nach Ausdrücken suchend. Erinnert sich

leidlich an Vergangenes. Stimmung allgemein herabgesetzt, glaubt, er sei verloren, man möge ihm ein militärisches Ende bereiten. Andere würden über ihn sprechen, er solle beseitigt in eine Grube geworfen werden.
Dazwischen ist er einmal wieder in besserer Stimmung, verfällt aber von neuem in seine depressiven Jdeen. Immer sehr ängstlich, glaubt, er solle vergiftet werden. Im Laufe seines Klinikaufenthaltes immer dasselbe Bild einer mittelschweren Depression.
17. 4. 14: Nach Eglfing überführt.
Eglfing: 17. 4. 14: Liegt zu Bett, weint den ganzen Nachmittag. Läßt sich durch ärztliche Visite beruhigen, faßt auf Zuspruch neuen Mut.
Somatisch: Vorgealtert, mässiger Ernährungszustand. Haut fahl, welk, Züge abgespannt. Pupillen ziemlich eng, entrundet, reagieren nicht auf Licht und sehr wenig auf Convergenz. Linke Pupille weiter als rechte. Hirnnerven o. B. Sprache fließend. Am rechten Arm und rechten Bein sind sämtliche Reflexe gesteigert, rechts leichter Fußklonus. Babinski rechts +. Romberg angedeutet.
Pat. faßt gut auf, antwortet prompt und sachgemäß. Fürchtet unheilbar krank zu sein, gibt seine Vorgeschichte entsprechend an.
20. 4. 14: Wa. R. im Blut schwach +.
10. 5. 14: Ruhig, still, immer in ernster, leicht gedrückter Stimmung. Macht sich Sorge wegen seiner seit langem bestehenden Obstipation und glaubt, unheilbar krank zu sein. Appetit gering, ißt nur gezwungen, um das ihm lästige Zureden zu vermeiden, findet sich nur schwer in seinen jetzigen Aufenthalt, wünscht Zurückversetzung in die früheren Verhältnisse der psychiatrischen Klinik, wo er täglich Besuche bekam, welche alles Wissenswerte ihm hinterbrachten. Halluzinationen stellt Pat. in Abrede, auch werden keine Wahnideen geäußert. Unterhält sich ab und zu mit anderen Kranken.
24. 5. 14. Einleitung einer Schmierkur. Pat. unterzieht sich dieser Kur mit einigem Widerstreben.
4. 7. 14. Schmierkur beendet. Hat insgesamt 36 Einreibungen bekommen.
Das Befinden ist wesentlich gebessert. Er hat seit 3 Wochen täglich spontane Stuhlentlehrung, ist infolgedessen zufrieden und

glaubt, daß die frühere Depression lediglich durch die bestandene Darmstörung herbeigeführt worden sei. Aussehen frischer, Appetit besser, Schlaf ungestört.
11. 7. 14. Andauernd gutes Befinden, ist zufrieden mit seinem Zustand und frei von Depressionen.
Wird heute nach Hause entlassen.
Katamnese 1926: Pat. ist am 6. 11. 24 im 68. Lebensjahr an einer „Herzlähmung" gestorben. Seit der Entlassung aus Eglfing zu Hause. Im allgemeinen zufriedener Stimmung, ab und zu noch depressive Phasen, aber nie so stark wie 1914. Geistige Fähigkeiten gering eingeschränkt.
Zusammenfassung: Syphilitische Infektion sichergestellt. Der Beginn erinnert an jene seltene Form der Paralyse, die mit einer Depression beginnt, aber der weitere Verlauf und die Nachforschung zeigen, daß es sich doch wohl um eine Hirnlues handelte, die wohl die Ursache der depressiven Phasen im Leben des Pat. gewesen war.

Fall 27. M. F., 47 Jahre, Kulturarbeiterin.

Angaben des Ehemannes: Kennt Pat. seit 14 Jahren, ist seit 12 Jahren mit ihr verheiratet. Pat. war früher stets gesund, fleißig und ordentlich. Seit 8 Wochen verändert. Sprach wenig, wurde traurig und einsilbig, weinte viel. Nachts sprach sie im Schlafe und phantasierte. Aß wenig, jammerte jeden Tag über etwas anderes. Meinte, die Leute möchten sie nicht mehr, schimpften und spöttelten über sie. Wollte immer an einen anderen Ort. Sie könne nicht mehr weiter leben. Aeußerte oft Selbstmordgedanken. Seit derselben Zeit sei sie auch sehr vergeßlich geworden, gibt nicht Acht auf das, was man zu ihr spricht. Früher nie derartige Zustände, nie Anfälle. Familienanamnese o. B.
Erste Aufnahme: 17. 8. 1912 bis 6. 9. 1912.
Diagnose: Lues cerebri. + Depression.
Selbstanamnese: Als Kind gesund, in der Schule mittelmäßig. War gesellig und lustig veranlagt, ihre Ehe im allgemeinen glücklich. Die jetzigen Beschwerden kämen von den Aufregungen, die sie in der letzten Zeit durchgemacht hatte: Invalidenrente, Waldfrevel ihres Mannes. Seit 8 Wochen sei sie traurig und verstimmt und glaubte sich auch von den Leuten beeinträchtigt. Beschreibt ihren Zustand als ein „rechtes Brennen und Hitze im Hirn".

Somatisch: Pupillen gleichweit, reagieren beiderseits träge auf Licht und wenig ausgiebig, gut auf Convergenz. Augenbewegungen frei. Patellarsehnenreflexe beiderseits lebhaft. Patellarklonus beiderseits auslösbar. Achillessehnenreflexe fehlen. Babinski negativ. Romberg: Deutlich ausgeprägt.
Wa. R. im Blut +++, im Liquor ∅ −+, 31/3 Zellen im cmm.
Psychisch: Zeitlich und örtlich orientiert, besonnen, ruhig, gibt bereitwillig Auskunft. Auffassung gut. Im allgemeinen ziemlich gesprächig.
6. 9. 12. Nach Hause entlassen.
Zweite Aufnahme: 16. 9. 12 bis 20. 11. 1912.
Diagnose: Unklar.
Zwischenanamnese: Angaben des Ehemannes: Pat. gab keine Ruhe nachts, stand auf und zog die Betten umeinander. Jammerte viel. Heute hatte sie große Angst und sagte: „Jessas, Jessas, die Sozi sind unten, jetzt nehmens uns alles weg und schmeissen die Möbel zum Fenster hinunter". Sagte, sie bekomme vom Stadtmagistrat einen ganzen Wagen voll Möbel. Meinte, ein Mann stünde vor dem Hause, der sie umbringen will. Hatte viel Angst und starke Kopfschmerzen. War meist still und zurückgezogen, sprach nicht mit den Leuten und weinte viel.
Somatisch: Unverändert. Deutliches Romberg'sches Phaenomen.
Psychisch: Ruhig, besonnen. Gibt willig Auskunft, ist zeitlich und örtlich orientiert, Gedächtnis für letzte Zeiten herabgesetzt. Deprimierte Stimmungslage.
Steht einmal während der Visite plötzlich auf und will hinaus, meint, unten warte ein Chauffeur auf sie.
In allen Bewegungen leicht gehemmt, ängstlicher Gesichtsausdruck, jammert beständig. Glaubt, sie wäre hier in einem Keller eingesperrt, sie könne die Stimme ihres Sohnes erkennen.
Zuweilen lacht Pat. auch vor sich hin und erscheint nicht deprimierter Stimmung. Bringt immer wieder traurig vor, daß ihr Mann unschuldig sei.
Schmierkur.
20. 10. Stimmung wechselnd, jetzt euphorisch. Abends unruhig und ängstlich, drängt nach der Türe, schreit und jammert.
Im allgemeinen ohne Veränderung. Aeußert immer die Angst, daß ihr Mann und ihr Sohn wegen des angeblichen Holzdieb-

stahles umgebracht würden. Hört immer deren Stimmen vom Keller her. Zeitlich und örtlich immer orientiert. Sprache ohne Silbenstolpern, aber leicht verwaschen.
20.11.1912. Nach Eglfing überführt.
Katamnese Eglfing: Unruhig, klagt den ganzen Tag, sie sei gichtleidend. Ungenau orientiert. Beteuert in ängstlichem Ton die Unschuld ihres Mannes.
In der letzten Zeit unruhiger. Drängt nach der Türe und weint. Hört fast täglich Stimmen, die sagen, daß ihr Mann umgebracht wird. 20. 12. 12: Sehr unruhig, reichlich Halluzinationen. Hört ihre Angehörigen vor der Türe rufen. Drängt hinaus, schreit und jammert. Gibt ganz verworrene Angaben. Sie müsse dem Prinzregenten Pate stehen.
15.1.1913. Etwa jeden 2. Tag sehr erregt; jammert, schreit, drängt fort, halluziniert. Dazwischen ganz ruhig und etwas verlegen.
18.2.1913. Ungeheilt zur Transferierung nach Salzburg entlassen.
Katamnese leider erfolglos.
Zusammenfassung: Außer den depressiven Zuständen enthält das Krankheitsbild noch reichlich halluzinatorische Störungen und Züge, die auf eine Schizophrenie hindeuten. Es ist deshalb sehr schwer, eine endgültige Entscheidung zu treffen, ob die Lues allein die ganze Psychose bedingte, oder ob eine endogene Bereitschaft beim Beginn des Klimakteriums sich so auswirkte.
c) Lues cerebri + manisch-depressives Irresein.
Wie schon im statistischen Teil erwähnt, ist diese Kombination sehr selten und es sei auch hier noch einmal auf die kritischen Bemerkungen in der Arbeit des dänischen Psychiaters Wimmer hingewiesen.

Fall 29. M. W., 42 Jahre alt, Kaufmann.

Vom Arzt wegen Aufregungszustand und Depression eingewiesen.
Angaben des Bruders:
Pat. war von jeher aufgeregt. Mit 20 Jahren wegen seiner Nerven im Krankenhaus zu Wien. In der Schule gut gelernt, sei immer sehr zurückgezogen gewesen. Mit etwa 20 Jahren hatte Pat. sich syphilitisch infiziert. Mit 30 Jahren war Pat. $1^1/_2$ Jahre lang schwermütig, da ihm 1500 Mk. weggenommen worden waren. Mit 32 Jahren Heirat. Vor 4 Jahren derselbe Zustand wie jetzt wegen begründeter Eifersucht. Seit 2 Monaten wieder krank, hatte Verarmungsideen. Seit 3 Tagen Nahrungsverwei-

gerung und reichlich Phantasien. Als er zum Landsturm ausgemustert werden sollte, bekam er einen Erregungszustand, zerriß das Bett und lief weg. Familienanamnese ergibt starke Belastung: 2 Brüder im Irrenhaus wegen schwermütiger Geistesstörung gestorben.

Autoanamnese: Die Mutter war mehrmals in hiesiger psychiatrischer Klinik wegen Schwermut. Die lebenden Geschwister sind sämtlich nervös. Er selbst sei auch von jeher nervös und ernst, hielt sich gern für sich allein, da er sehr erregbar war. Leicht zu melancholischen Stimmungen geneigt. Vor 4 Jahren sei er ähnlich krank gewesen wie jetzt. Hatte damals Angst und Lebensüberdruß. Der Zustand dauerte viele Monate. Seitdem noch 2 bis 3mal ähnliche Verstimmungen, aber nicht so schwer und von kürzerer Dauer. Vor 10 bis 12 Jahren syphilitisch infiziert, machte einmal eine Schmierkur mit. 1908 Heirat.
Jetzt fühle er sich seit 3 Wochen wieder krank. Seine Stimmung sei sehr traurig geworden und er fühle innerliche Unruhe und große Angst am Herzen. Schlechter Schlaf und Appetit, anhaltender Schmerz im Hinterkopf. Er fühle sich ganz abgestumpft, habe an nichts Interesse, könne sich über nichts freuen, müsse oft ohne Grund weinen und habe oft Selbstmordgedanken. In der letzten Nacht ein eigentümliches Gefühl und Unruhe in sich. Konnte nicht schlafen, stand auf, war ganz verzweifelt. Öfters komme es ihm vor, als ob er Feuer sehe und er meinte dann, er müsse verbrennen.

Vom 4. 6. 15 bis 27. 6. 15 in psychiatrischer Klinik München.

Diagnose: Depression.

Somatisch: Pupillen rund, gleich, mittelweit, Reaktion auf Licht sehr ausgiebig, aber nicht ganz prompt. Reaktion auf Convergenz gut. Wa. R. im Blute negativ?

Psychisch: Schlaffe Körperhaltung, energielos, unsicheres Wesen. Stimme leise und verzagt. Gesichtsausdruck niedergedrückt. Alle Bewegungen werden langsam ausgeführt. Gehemmt, antwortet zögernd und mühsam, ist schwerbesinnlich. Ausgesprochenes Krankheitsgefühl. Leidlich orientiert, jammert ständig und klagt über starke Schmerzen im Kopf.
27. 6. 15. Gegen Revers nach Hause entlassen.

2. Aufnahme: 17. 10. 1915 bis 9. 11. 1915.
Diagnose: Lues cerebri?
Zwischenanamnese: Häusliche Pflege nach der Entlassung. Seit der Ausmusterung hat sich der Zustand verschlimmert. War teils ruhig, teils sehr erregt. Bedrohte häufig seine Frau. In den letzten Tagen äußerte er Verfolgungsideen, horchte oft an die Tür und empfand lebhafte Angst. Meinte, seine Frau habe ihn verraten.
Somatisch: Wa. R. im Blut +, im Liquor schwach + — +, 40 Zellen pro cmm.
Psychisch: Gibt zögernd und mit leiser Stimme Auskunft. Seine Frau sei gemein, niederträchtig und falsch. Sie habe ihn verraten. Im allgemeinen stark gehemmt, depressiver, leidender Gesichtsausdruck. „Jch habe Furchtbares durchgemacht, mein Kopf ist krank und brennt. Jch habe allen Unrecht getan und bin verraten worden". Er werde hier beobachtet und als Spion betrachtet.
Andauernd stuporös, flüstert ganz leise. Bittet, nicht bestraft zu werden.
9. 11. 1915. Nach der Privatheilanstalt Neufriedenheim transferiert.
3. Aufnahme: 23. 12. 1915 bis 4. 5. 1916.
Diagnose: Lues cerebri?
Grund der Einlieferung: Verschlimmerung.
Zwischenanamnese: War bis vor 8 Tagen in Neufriedenheim und wurde dort auf eigenen Wunsch entlassen. Soll in letzter Zeit etwas klarer gewesen sein und wird jetzt von der Ehefrau gebracht, weil er seit einigen Tagen in schamloser Weise masturbiert.
Somatisch: Pupillen mittelweit, Reaktion auf Licht träge, auf Convergenz gut. Wa. R. im Blut +.
Psychisch: Stuporös, antwortet nur mit leiser Stimme. Äußert zwischendurch Größenideen. Sprache ohne Störung.
Beginn einer Salvarsankur.
In den nächsten Tagen meist unzugänglich, befolgt keine Aufforderungen. Muß wegen Erregung auf die obere Abteilung verlegt werden. Erzählt, er sei der Sohn des Prinzen Heinrich, sei im Himmel gewesen, aber wieder lebendig geworden.
In den folgenden Wochen meist gereizt, hört massenhaft Stim-

men. „Gedroht, gemartert, geschlagen werde ich — man schmeißt mich auf glühende Drähte".

Hin und wieder springt er aus dem Bett heraus und fordert seine Entlassung. Hört angeblich Stimmen, verstummt jedoch beim Befragen.

Hatte einmal einen schweren Anfall: Krankhafte Zuckungen im rechten Arm und rechten Bein. Keine pathologischen Reflexe, keine Lähmungserscheinungen. Pupillen reagierten prompt auf Licht.

4. 5. 16. Gegen Revers der Frau entlassen.

4. Aufnahme: 10. 5. 1916 bis 25. 8. 1916.

Diagnose: Lues cerebri?

Zwischenanamnese:

Es sei unmöglich gewesen, Pat. zu Hause zu halten. Habe geschimpft und geschrien, äußerte in einem fort Größenideen.

Psychisch: Häufig sehr gereizt. Schimpft über das Essen. Sagt, das Fleisch seiner Väter werde ihm vorgesetzt, die Limonade sei Christenblut. Erklärt die Klinik für einen Saustall. Verweigert die Nahrung und zerschlägt einen Teller, wird aber nicht aggressiv.

Lamentiert viel darüber, wieviel er früher verdient habe und wie musikalisch er gewesen sei.

Schrift ungestört, Sprache desgleichen. Pupillen reagieren ausgiebig auf Licht und Convergenz.

Keine verschrobenen Handlungen, nichts Katatones.

Von Zeit zu Zeit Anfälle wie oben beschrieben.

Es gibt Tage, an denen er weniger reizbar ist. Gibt dann lächelnd und freundlich Auskunft, wobei sich ein erheblicher Schwachsinn bei ihm herausstellt. Gibt anamnestisch widersprechende Angaben, weiß den Namen seiner Schwester nicht. Salvarsankur. Läßt sich ohne Widerspruch spritzen. Bedankt sich sogar dafür.

Immer noch Anfälle, bei denen er tief benommen erscheint und die von einer langdauernden Erschlaffung gefolgt sind. Bei den Anfällen aber keinerlei Reizerscheinungen festzustellen.

In den letzten Wochen ist er im allgemeinen ruhig und verständnislos für die Situation.

25. 8. 1916. Auf Drängen der Frau gegen Revers entlassen.
5. Aufnahme: 2. 9. 16 bis 26. 9. 16.
Diagnose: Lues cerebri.
Zwischenanamnese: In den ersten Tagen nach der Entlassung war Pat. ruhig, ging mit seinem Bruder aus, ohne aufzufallen. Hatte 3 Anfälle. Häufig Angstgefühle, meist aber sehr gesprächig. Oft war er wütend, griff seine Angehörigen an und bedrohte sie.
Somatisch: Pupillen etwas different. Reaktion auf Licht und Convergenz gut.
Psychisch: Ziemlich unverändert gegen das letzte Mal. Bringt oft Klagen in jammerndem Tone vor. Dazwischen ist er wieder sehr gesprächig und ideenflüchtig. Er wolle nach Berlin auf das Schloß. Lächelnd und mit geheimnisvoller Miene erzählt er, seine Frau spiele eine große Rolle, sie sei vielleicht die deutsche Kaiserin. Zu ihm habe jemand auf der Straße Majestät gesagt.
Im allgemeinen sehr zerfahren und urteilsschwach, aber immer freundlich und zugänglich.
Häufig sehr gereizt, hört Stimmen. die ihm vorwerfen, er sei ein Räuber und ein Mörder, er habe kleine Kinder zum Fenster hinuntergeworfen. Zweimal Anfälle, immer von demselben Aussehen wie oben beschrieben.
26. 9. 1916: Nach Eglfing überführt.
Vom 26. 9. 1916 bis 6.11.1916 in Heil- und Pflegeanstalt Eglfing.
26. 9. 1916. Ist sehr erregt, rennt hinaus, bringt in zerfahrener Weise allerlei Klagen vor, er wolle nach Nürnberg oder Berlin, es sei ihm versprochen worden. Gestern Abend kurz hintereinander zwei Krampfanfälle von je 2 bis 3 Minuten Dauer mit Benommenheit. Daran anschließend tiefer Schlaf. Am nächsten Tag durchfälliger Stuhl.
29. 9. 1916. In den letzten Tagen Stuhlgang immer durchfällig, schleimig und blutig. Wurde wegen Ruhrverdacht auf Separatzimmer verlegt.
6. 10. 1916. Seit einigen Tagen keine Durchfälle mehr. Pat. ist Tag und Nacht sehr erregt, fährt im Bett herum, zerreißt die Bettwäsche, läuft im Zimmer auf und ab und belästigt einen im selben Zimmer untergebrachten Kranken.
17.10.16. Wird häufig im Bette sitzend angetroffen, fängt, sobald man das Zimmer betritt, in der unflätigsten Weise zu schimpfen an. Es

ist nicht möglich, den Kranken nur auf kürzere Zeit einigermassen zu fixieren.
22. 10. 16. Ständig hochgradig erregt, wird gegen das Personal aggressiv.
30. 10. 16. Pat. legte sich heute Nacht zu seinem Nachbarn ins Bett und versuchte, sein Glied in dessen Anus einzuführen. Als ihn der Nachtpfleger hierbei ertappte, erklärte er äußerst wirsch: „Meine Frau haben sie mir genommen und Mädel habe ich auch keines".
Mußte schließlich mit Gewalt aus dem Bett des anderen Kranken entfernt werden.
31. 10. 16. Pat. ist seit einigen Tagen etwas ruhiger geworden, nachdem ihm von seiner Frau mitgeteilt wurde, daß sie ihn nach Hause nehmen werde, sobald er von seinem Darmkatarrh geheilt sei.
6. 11. 16. Nachdem bei Pat. seit 29. 9. keine Durchfälle mehr auftraten und 3 Stuhlproben einen negativen Befund für eine typhöse Erkrankung aufwiesen, wird Pat. heute auf Verlangen seiner Frau entlassen.
6. Aufnahme. 6. 11. 1916 bis 9. 11. 1916.
Diagnose: Lues cerebri.
Zwischenanamnese: Heute früh von Eglfing überführt. In der letzten Zeit keine Anfälle mehr. Größtenteils sehr aufgeregt. Äußerte, er wolle sich scheiden lassen und Professor Plaut heiraten. Er sei der deutsche Kaiser.
Somatisch: Pupillen etwas verzogen, reagieren prompt, aber nicht ausgiebig auf Licht, gut auf Convergenz.
Psychisch: Pat. ist in seinen Angaben und seinen Äußerungen noch zerfahrener geworden als vor der Entlassung. Erkennt die Klinik und den Arzt wieder. Er sei im Himmel gewesen. Dr. M. in Eglfing sei sein Sohn, ebenso Professor Plaut. Seine Frau sei deutsche Kaiserin.
Sprache und Schrift nicht gestört.
9. 11. 16. Nach Eglfing zurückverlegt.
7. Aufnahme. 12. 2. 1917 bis 5. 9. 1917.
Diagnose: Lues cerebri.
Zwischenanamnese: Angaben der Ehefrau: Seit 5 Wochen aus Eglfing entlassen, habe dort „furchtbare Wahnideen" gehabt.

Professor Plaut sei sein Sohn, seine Frau habe 70 Milliarden Mark Vermögen und 5 Häuser in Nürnberg. Telefonierte die Residenz an und bestellte ein Hofautomobil. Griff die Angehörigen an, drohte, seine Frau umzubringen, weil sie mit dem Kaiser ein Verhältnis habe. Vor 4 Wochen versuchte er, sich mit dem Messer den Hals abzuschneiden. Zwischendurch war er ganz nett, erinnerte sich an alles und war geistig anscheinend ganz in Ordnung. Kaufte viel Toilettensachen ein, war sehr eitel und stolz. Seit Eglfing keine Krampfanfälle mehr gehabt.

Somatisch: Pupillen reagieren prompt, aber wenig ausgiebig auf Licht, gut auf Convergenz. Wa. R. im Blut +, im Liquor +, 53 Zellen pro cmm. Nonne: Klar.

Psychisch: Wehrt sich gegen die Einlieferung. Bringt mit grossem Affekt die unsinnigsten Ideen vor: Er müsse auf goldenen Schienen nach Berlin fahren, der Kaiser, dessen Pflegevater er sei, wolle ihn bei sich haben. Er gehe dann zu Hindenburg und mache ein Ende mit dem Kriege. Er könne die Zukunft prophezeien, er werde den Himmel spalten.

Lamentiert unaufhörlich über seine Festhaltung. Er sei nicht geisteskrank, die Militärärzte in Eglfing hätten es ihm bestätigt. Stimmen höre er genug.

Liest fast täglich mit Interesse die Zeitung, weiß über die Kriegslage ganz gut Bescheid und äußert oft recht treffende Urteile. Immer gesteigertes Selbstgefühl.

Drängt sehr auf Entlassung, hält sich für völlig gesund. Zeitweilig zeigt er stürmische Verzweiflungsausbrüche, schimpft dann in groben Ausdrücken, wirft Geschirr zu Boden und wird aggressiv. Im allgemeinen bewahrt er jedoch höfliche Formen, ist geistig regsam, unterhält sich gerne und liest die Zeitung.

1. 8. 17. Beginn einer Salvarsaninjektionskur.

In letzter Zeit öfter in Begleitung Angehöriger spazieren gegangen. Erzählte immer, was die Leute alles zu ihm gesagt hätten. Ein Offizier meinte sogar, er müsse ins Hauptquartier reisen und die Oberleitung übernehmen.

In den letzten Wochen im allgemeinen mehr geordnet und ruhiger. Jedoch immer sehr gehobener Stimmung, redselig und leicht erregbar.

5. 9. 17. Von seinem Bruder abgeholt.

8. Aufnahme: 21. 8. 19 bis 2. 9. 1919.
Diagnose: Lues cerebri.
Zwischenanamnese: Pat. hatte nach seiner letzten Entlassung 6 Wochen die Vertretung einer Wiener Firma. Darnach einige Tage in einer Militärkanzlei, wurde dann frei. Anschließend bei seinem Bruder (Jnhaber einer bayerischen Filmgesellschaft) tätig. Bis 15. 7. 1919 ganz gesund. Zur Nervenstärkung 4 Wochen in Wörishofen. Auf der Fahrt von Wien nach München im Juli 1919 eigentümliches Zucken an den Oberschenkeln. Rote Flecke auf Brust und Rücken. Auf Behandlung wieder Besserung. Nachbehandlung in Wörishofen. Er sei jedoch wegen der Krankheit wieder deprimiert. Öfters Schüttelfröste und heftige Kopfschmerzen. Starke Schlaflosigkeit und große Schwermut. In den letzten Tagen 3 bis 4 Ohnmachtsanfälle. Keine Krämpfe, keine Lähmungen. Hörte die ganze Zeit her besonders in den letzten Tager Stimmen, männliche und weibliche. Steht jedoch den Stimmen mit Kritik gegenüber. Voriges Jahr von seiner Frau geschieden. Seit 1917 bis jetzt keine Depressionszustände mehr.
Somatisch: Pupillen gleichweit, reagieren prompt auf Licht und Convergenz. Wa.R. im Blut +, im Liquor +, 48 Zellen im cmm. Nonne: Opalescenz.
Psychisch: Pat. ist zeitlich und örlich orientiert, kennt seine früheren Ärzte wieder und weiß über Einzelheiten Bescheid. Keine wesentliche Gedächtnisstörung. Merkfähigkeit etwas herabgesetzt. Keine Sprachstörung. Gibt mit gedrückter Stimme Auskunft, macht im allgemeinen das Bild einer mittelschweren. Depression. Sein Urteil scheint nicht gestört zu sein. Das Benehmen ist höflich und geordnet.
Im Laufe des Klinikaufenthaltes erholt sich Pat. langsam aus seiner depressiven Stimmungslage, keine Erregungszustände, keine neuen Wahnbildungen mehr.
2. 9. 1919. Wird von seinem Schwager nach Hause abgeholt.
Katamnese: Ohne Erfolg.
Zusammenfassung: Bei diesem Krankheitsbild ist in erster Linie die große Frage zu stellen: Manisch-depressives Irresein, bei dem zufällig noch eine Hirnlues besteht oder ist doch noch etwas besonderes daran, für das die syphilitische Gehirnerkrankung die Ursache sein dürfte.

Die hereditäre Belastung und die Vorgeschichte des Pat. selbst zeigen ja in hohem Maße die endogene Bereitschaft. Aber trotzdem nur noch die toten Buchstaben der Krankengeschichte uns als Skizze dienen können, erscheint es doch in manchen Zuständen des langjährigen Krankheitsverlaufes einige Besonderheiten zu geben, die daran denken lassen, daß auch die exogene Komponente der Lues für die gesamte Färbung der Geisteskrankheit sehr in Betracht zu ziehen ist. Die reichlichen halluzinatorischen Störungen und die Geisteszerrüttung, die in vielem an Schizophrenie gemahnt, ergeben doch ein recht buntes Bild und eine Besonderheit in unserem Fall. Eine letzte definitive Entscheidung ist allerdings auch nicht zu treffen. Es sei schließlich noch einmal darauf hingewiesen, daß die Kombination Lues cerebri + manisch-depressives Irresein an und für sich nach dem reichhaltigen Münchner Material eine große Seltenheit ist.

d) Lues cerebri + paranoide Erkrankung.

Eine klassische Paranoia mit schematisiertem Wahngebilde bei Lues cerebri fand sich in dem Münchner Material überhaupt nicht. Vielfach handelte es sich nur um leichte Beeinträchtigungsideen, die dann entweder bei Bildern mit Halluzinosen als besondere halluzinatorisch-paranoide Gruppe (Fabritius) beschrieben werden oder sonst irgendwie in geringem Grade bei anderen Formen, wie Depressionen, Defektpsychosen und schizophrenen Erkrankungen vorkommen. Außerdem sei noch auf die Zusammenstellung im statistischen Teil der Arbeit verwiesen.

e) Lues cerebri + Schizophrenie.

In den bisherigen Beschreibungen gab es schon einige Krankheitsbilder, in denen Störungen vorkamen, die mehr oder weniger reichlich schizophrene Züge aufwiesen. Es sei an die Fälle 24, 28, 29 erinnert. Bei den schizophrenen Geistesstörungen ist es besonders schwierig, aus den Krankengeschichten allein ein lebendiges und sicheres Bild zu bekommen. Es gibt aber in jedem der folgenden Fälle recht bezeichnende, abnorme Zustände, die es doch ermöglichen, sie hier einzureihen.

Fall 30. A. W., 30 Jahre alt, Gütlerstochter.

Einlieferung wegen großer Erregung.

Angaben der Schwester:

In der Familie keine Geisteskrankheiten. Pat. war früher immer gesund und hat in der Schule gut gelernt. Nach der Schule als

Dienstmädchen tätig. Seit ihrem 21. Lebensjahr Kellnerin. War immer heiter und lustig. Seit einem Jahr verändert: Damals sprach sie nicht mehr, war tiefsinnig, versteckte sich und verkroch sich, wenn jemand kam. Saß oft in den Ecken ganz starr. Nahm lange Zeit kein Essen zu sich und warf die Schüsseln zum Fenster hinaus. Im Juni ds. Js. wurde es wieder besser mit ihr. Konnte wieder arbeiten und machte nichts Dummes mehr. Am 15. 9. wurde ihr ein Rausch angehängt und seit dieser Zeit sei sie wieder ganz verrückt. Wird gleich aufgeregt, wenn man ihr widerspricht und redet oft das unsinnigste Zeug daher. Ihr Leben besteht zur Zeit aus Beten, Schlafen und Essen. Singt oft und ist lustig. Einige Male wollte sie nackt fortlaufen. Hielt man sie dann, so wurde sie gewalttätig.

Erste Aufnahme: 26. 10. 1916 bis 9. 11. 1916.

Diagnose: Dementia praecox. (Lues).

Selbstanamnese: Spricht bei Erhebung der Krankengeschichte meist recht verworren und meint, einen Schatz habe sie nie gehabt, weil sie garnicht darnach war. Sie könne überhaupt nicht verstehen, wie man das tun könne. Zu Hause hätte sie niemand mehr sehen können und sei meist zu Bett gelegen. In den letzten Tagen hätte sie viele Stimmen gehört; eine davon sagte, im Nachttopf sei Gold und Silber. Pat. erzählte dann eine ganz unverständliche Geschichte von einem toten Franzosen, der unter dem Sofa lag und einem schönen Mann, der auf diesem Franzosen lag. Dann seien 4 Diener dabei gewesen und eine Frau habe da entbunden. Diese Erzählung bringt sie ganz verworren und läppisch vor.

Somatisch: Pupillen gleichweit, reagieren prompt auf Licht und Convergenz. Wa. R. im Blute +.

Pat. benimmt sich bei der körperlichen Untersuchung sehr läppisch. Beim Druck auf den Leib fängt sie an zu weinen und ist ganz untröstlich. Läßt sich ruhig stechen, in die Augen bohren und dgl.

Psychisch: Sehr einfältig in ihrem Benehmen. Spricht in kindlicher Ausdrucksweise und ganz ohne Affekt, obwohl ihr manchmal die Tränen herunterlaufen. In ihren Darstellungen ungenau, kritiklos und kindisch. Zeitlich ist sie nur annähernd orientiert,

örtlich dagegen gut. Grimmassiert häufig, lacht blöde. Hört keine Stimmen mehr. Häufig Wortsalat.
9. 11. 16. Nach Eglfing überführt.
2. Aufnahme: 5. 9. 17 bis 30. 10. 17.
Diagnose: Lues cerebri.
Pat. erinnert sich, daß sie 1916 hier war. Sie hat jetzt eine schwere Sprachstörung, spricht ganz unartikuliert, so daß man Mühe hat, sie zu verstehen. Macht einen hochgradig dementen Eindruck. Befolgt keine Aufforderungen, kann sich nicht allein aus- und anziehen. Sie sei am 1. 3. 1917 aus Eglfing herausgekommen, im übrigen ganz ungenau in ihren Zeitangaben.
Somatisch: Pupillen: Linke weiter als rechte, beide reagieren gut auf Licht und Convergenz. Neurologisch sonst o. B.
Wa.R. im Blute +, im Liquor schwach + — +, 78 Zellen pro cmm.
Psychisch: Einzelne Fragen beantwortet Pat. überraschend schnell, dann wieder versinkt sie ganz in sich und antwortet auf eindringliche Fragen höchstens mit „ja, ja". Merkzahl gibt sie nach einiger Zeit richtig wieder.
Anamnestisch gibt Pat. an, daß sie am 1.3.1917 von Eglfing nach Gabersee gekommen sei. Dort 3 Wochen geblieben, dann von Mutter heimgeholt. Am 1. 5. 1917 Stellung als Kellnerin angenommen, sei bis zum Schlusse in Stellung gewesen. Gestern habe sie geschwitzt und sich stark abgekühlt. Konnte gleich darauf nicht mehr richtig sprechen, war nicht bewußtlos. Ihre Stellung habe sie ganz gut ausfüllen können, man sei mit ihr zufrieden gewesen.
12. 9. 17. Befinden besser, schluckt besser, speichelt nicht mehr. Sprache wieder verständlich geworden.
14. 9. 17. Beginn einer Schmierkur.
21. 9. 17. Einleitung einer Salvarsankur. Das Befinden ist im allgemeinen besser als am Anfang. Pat. ist auch psychisch durch die Besserung der Sprache günstig beeinflußt.
30. 10. 17. Nach Hause entlassen.
Katamnese: „A. W. ist am 22. 9. 1919 gestorben nach einer 9 Monat langen Lähmung infolge Schlaganfall".
Zusammenfassung:
Es liegt sicher eine hirnsyphilitische Erkrankung vor mit reichlichen, schizophrenen Bildern. Als Hauptdiagnose bei der ersten Aufnahme wurde Dementia praecox angenommen, und da noch

keine Lumbalpunktion ausgeführt wurde, die Nebendiagnose Lues in Klammern beigefügt. Bei der zweiten Aufnahme war der serologische Befund für eine syphilitische Erkrankung des Centralnervensystems positiv und auf Schmier- und Salvarsankur eine wesentliche Besserung im gesamten Krankheitsbilde eingetreten. Der Tod der Pat. scheint durch einen apoplektischen Insult auf syphilitischer Grundlage herbeigeführt worden zu sein.

Fall 31. K. R., 49 Jahre alt, Bahnwärtersehefrau.

Angaben des Ehemannes: Keine Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie. Als Kind war Pat. normal. Mit 28 Jahren angeblich ohne Grund auf der linken Seite völlig gelähmt. Konnte nicht mehr gehen, und links nichts mehr empfinden. Nach 8 Wochen völlige Heilung. 13 mal geboren, 3 Kinder leben, 10 sind gestorben. 2 Abgänge. Früher kein Zustand wie jetzt. Jetzige Krankheit begann Ende März 1910. Sie wurde aufgeregt, weinte, schrie und schimpfte abwechselnd. Seit einer Woche Verschlimmerung des Zustandes: Schlug um sich, mußte gehalten werden. Alle Leute seien schuld an ihrer Krankheit, auch die Eisenbahn, kurz alles, was sie überhaupt sah.
Keine Verfolgungsideen.
Vom 12. 9 1910 bis 6. 10. 1910 in psychiatrischer Klinik München.
Diagnose: Unklar. Manisch-depressives Irresein? Progressive Paralyse?
Somatisch: Residuen der linksseitigen Hemiparese. Pupillen reagieren prompt auf Licht und Convergenz. Wa. R. im Blut+,
Psychisch: Sehr gehemmt, Auffassung scheint sehr erschwert zu sein. Es ist schwierig mit Pat. in Verbindung zu treten. Gesichtsausdruck stumpf, deprimiert. Hat kein Interesse für die Vorgänge um sie. Fragen nach ihren Personalien beantwortet sie relativ schnell und richtig. Orientierung scheint, soweit Pat. sich auf Fragen einläßt, erhalten zu sein. Weitere psychische Prüfungen lassen sich nicht machen. Sprache stark verwaschen und stolpernd.
15. 9. Weint viel und stöhnt oft. Nachts meist sehr unruhig.
25. 9. In den letzten Tagen erregter. Trägt das Verlangen, nach Hause zu kommen, händeringend vor.
3. 10. Liegt ruhig im Bett, kommt Aufforderungen nach. Sprachliche Äußerungen nicht zu erhalten.
6. 10. Gegen Revers nach Hause entlassen.

2. Aufnahme: 15. 7. 1912 bis 1. 8. 1912.

Diagnose: Lues cerebri.

Einlieferung wegen Erregungszustand.

Zwischenanamnese: Angaben des Ehemannes: Seit der Entlassung war Pat. zu Hause. Immer aufgeregt, sprach lauter Unsinn, schimpfte viel, sang, schrie, arbeitete nichts. Legte sich tagsüber oft ins Bett, hörte fortwährend Stimmen, die aus der Zimmerdecke oder aus dem Bett herauskamen. Es waren imperative Stimmen, die sagten, wann sie essen, das Bett verlassen sollte, daß sie ihren Mann schlagen, das Fenster zertrümmern müsse und dgl. Die Stimmen waren meist Männerstimmen oder Stimmen von Verstorbenen. Leistete ihnen immer Folge. Seit 3 Wochen ist die Erregung noch stärker: Schlägt unsinnig um sich, stößt mit den Beinen nach unsichtbaren Verfolgern, legt sich auf den Boden. Müsse immer nachsprechen, was die Stimmen ihr vorsagten, lacht auch oft, weil die Stimmen ihr vorlachten.

Ref. behauptet jetzt, daß die geistige Störung seiner Frau im Anschluß an einen Typhus, den die Frau im Frühjahr 1910 durchgemacht habe, entstanden sei. Die ganze Familie habe damals Typhus gehabt, ebenso die Nachbarschaft. Alle außer der Patientin seien gesund geworden.

Somatisch: Linksseitig spastisch hemiplegisch (Fußklonus, Babinski etc.) Pupillen reagieren prompt und ausgiebig auf Licht und Convergenz. Sprache etwas verwaschen, aber nach und nach flüssig. Kein Silbenstolpern. Schrift zittrig, ataktisch. Wa. R. im Blut +, im Liquor negativ, 9 Zellen pro cmm. Bei der Punktion gebärdet sich Pat. wie wild, ruft ihre Stimmen um Hilfe.

Psychisch: 16. 7. 1912. Vergräbt ihr Gesicht meist in die Kissen und hält den ganzen Tag lebhafte Zwiegespräche mit unsichtbaren Personen. Stellt im bunten Wechsel Fragen an die Stimmen, gibt Antwort, scherzt, lacht, schimpft, klagt, weint und erzählt den Stimmen verworrene Geschichten. Begleitet ihre Worte mit lebhaftem Mienenspiel, gestikuliert mit den Armen, streichelt und hätschelt die Kissen, als wären es liebe bekannte Menschen. Erteilt, wenn der Arzt sie fragt, ihre Antworten an die Stimmen, an die sie sich auch um Antworten wendet, wenn

sie derselben verlegen ist. Die Hauptperson, die sie stets anruft, ist eine gewisse „Katl“ Ist nach ihren Antworten dabei zeitlich und örtlich einigermaßen orientiert, spricht aber inhaltlich nur verworrenes Zeug.

18. 7. Unterhält sich immer mit ihren Stimmen. Spricht auch stundenlang in monotonem Rhythmus dieselben Worte: „Mutter — Franz — Mutter — Franz — usw.“ Hält den Arzt gewöhnlich für einen Pfarrer. Schlägt auch plötzlich nach dem Arzt. Verlangt von ihm 30000 Mark und schwelgt dann mit seligem Gesichte in dem Gefühl, soviel Geld zu haben.

21. 7. War gestern ruhig und schlief tief. Heute wieder sehr erregt, spricht viel mit ihren Stimmen, fängt gegen Mittag an, leidenschaftlich zu weinen, beklagt sich bei „Katl“ über eine feindlich gesinnte Stimme, die hinter ihrem Bette stehen soll und nach der sie oft wütend schlägt.

22. 7. War heute Mittag zum ersten Male klar und natürlich auf Fragen. Sagt, sie sei krank und fühle sich elend. Wird dann plötzlich wieder erregt und wendet sich an ihre Stimmen.

1. 8. 1912. Nach Eglfing überführt.

Katamnese Eglfing.

1.8.12. Pat. ist heiter gestimmt. Für Fragen nicht zu fixieren. Schlägt lachend nach dem Ref.

2.8.12. Völlig unzugänglich. Bleibt im Bett, versteckt sich unter die Decke, schlägt nach Ref., als er ihr die Decke wegzieht. Nahrungsaufnahme genügend. Schläft gut; reinlich.

10. 8. 12. Pat. ist tagelang unzugänglich, dann wieder heiter, erregt, spricht völlig Unverständliches, schlägt lachend um sich.

21.8.12. Immer dasselbe Verhalten.

30.8.12. In den letzten Tagen heiter, erregt, verkennt Personen, nennt Ref. „Engelbert, du schlechter Lump.“

7.10.12. Im ganzen ist keine wesentliche Änderung in dem Verhalten der Pat. eingetreten, Meist ist sie unzugänglich. Steckt unter der Bettdecke, wehrt mürrisch ab. Vorübergehend ist sie wieder in grösserer Erregung, lacht und spricht viel, droht in scherzhafter Weise mit Zuschlagen, wird aber nie tatsächlich gewalttätig. Inhaltlich sind ihre sprachlichen Äusserungen völlig verworren.

10.10.12. Ungeheilt nach Gabersee transferiert.

Zusammenfassung:
Bei der ersten Aufnahme im Jahre 1910 war das Krankheitsbild sehr schwer zu beurteilen, wie schon aus der Diagnose: Unklar, manisch-depressives Irresein, progressive Paralyse hervorgeht. Bei der 2. Aufnahme 2 Jahre später wurde die Diagnose: Lues cerebri gestellt. Soweit man überhaupt aus einer Krankengeschichte herauslesen kann, läßt sich auch bei diesem Falle die schizophrene Geistesstörung erkennen, aber nicht mit Sicherheit entscheiden, wieweit die Lues als Ursache derselben angesprochen werden kann.

Fall 32. Ph. K., 33 Jahre alt, Schutzmannsehefrau.
Angaben des Ehemannes: Kennt Pat. seit 11 Jahren, ist mit ihr seit 3 Jahren verheiratet. Pat. war immer etwas nervös. Vor 6 Wochen Influenza, war dabei sehr erregt, beruhigte sich aber wieder. In den letzten Tagen sehr weinerlich, sagt, sie gehe ins Wasser. Redete immer von König Ludwig und König Otto. Klopfte nachts an die Wand, glaubte, es sei jemand nebenan. Seit einigen Wochen meint sie, die Leute spotteten sie aus und sprächen viel über sie. Körperlich kein Rückgang bemerkt. Früher nie besonders krank.
1. Aufnahme: 23. 3. 08 bis 28. 3. 08.
Diagnose: Hirnlues.
Somatisch: Patellarsehnenreflexe beiderseits erloschen. Keine Ataxie. Pupillen different, absolut starr. Wa. R. im Blut negativ. Bei der Punktion bricht die Nadel ab, deshalb kein Ergebnis.
Psychisch: Im allgemeinen freundlich, wendet sich besorgt an den Arzt und bittet, entlassen zu werden, da ihr doch nichts fehle. Befragt, warum sie gekommen sei, meint sie lächelnd: „Das wissen Sie doch, Herr Dr., das weiß ja die ganze Welt". Dann erzählt sie mit fließender, unauffälliger Sprache allerlei Wahnbildungen. Alle Leute auf der Straße beobachteten sie schon seit längerer Zeit, aber seit 3 Wochen sei das ganz besonders stark. Was es bedeute wisse sie nicht, sie stehe der Sache ganz ratlos gegenüber. Vor kurzem habe auch der Prinzregent in auffallender Weise aus seinem Wagen sie begrüßt. Sie knüpft daran keine Größenideen, sondern bezieht die Dinge nur in einer geheimnisvollen Weise auf sich. Es sei auch neulich in der Landwehrstrasse ein großer Menschenauflauf gewesen, sicher ihretwegen. Gibt an, die Patellarsehnenreflexe hätten schon vor 3 Jahren gefehlt und sie habe

damals eine Schmierkur mitgemacht. Zeitliche Angaben geordnet, rechnet ganz gut.
Einige Male ist sie unruhig, geht aus dem Bett, glaubt, ihren Mann und ihr Kind im Saale zu sehen, und ruft dabei: „Das Kind will mich umbringen".
27. 3. 08. Wird von ihrem Manne gegen Revers abgeholt.
2. Aufnahme: 19. 1. 09 bis 5. 3. 09.
Diagnose: Tabespsychose.
Grund der Einlieferung: Verfolgungsideen.
Somatisch: Pupillen reagieren nicht auf Licht, schlecht auf Convergenz. Patellarsehnenreflexe fehlen. Neurologisch sonst o. B.
Psychisch: Völlig orientiert. Hält sich nicht für krank.
Nach ihrer Entlassung im März 1908 war sie zu Hause. Gefragt, wie es ihr ergangen sei, antwortet sie: „Herr Doktor, das wissen Sie ebensogut wie ich". Es sei ihr schlecht gegangen. Bald sei das Gehirn geschwollen, bald die Füsse und die Lunge oder der Rücken etc. Das hätten ihr andere Leute angetan. Stimmen seien immer aus der Luft gekommen, die von Lynchen gesprochen hätten. „Jch weiß garnicht, was die Leute wollen, ich kenne sie ja gar nicht. Jetzt haben sie mich gefangen und da hereingebracht. Jch bin doch nicht krank". Meint alle Leute spotteten über sie, von aller Welt sei sie verachtet. Keine Selbstmordideen. Die Verfolgungen habe sie die ganze Zeit zu erdulden gehabt. Zur Zeit höre sie beständig rufen: „Auf Mama kommts an". Seit 14 Tagen sei sie trauriger: „Wer sollte denn nicht traurig sein, wenn er so viel zu erdulden hat, wie ich".
20. 1. 09. Beginn einer Schmierkur.
26. 1. 09. Pat. ist ruhig, drängt aber fort. Schreibt Briefe an den Kaiser.
1. 2. 09. Unverändert, drängt fort. Beklagt sich über Mißhandlungen.
16. 2. 09. Pat. zankte bei Besuch ihres Mannes mit demselben, weil er sie nicht mitnehmen wollte. Nach seinem Fortgehen geriet sie in heftigste Erregung.
18. 2. 09. In der Nacht sehr unruhig, sprang schreiend und schimpfend im Saal herum, wird verlegt.
19. 2. 09. Wieder ruhiger. Zurückverlegt.
5. 3. 09. Gegen Revers nach Hause entlassen.
3. Aufnahme: 30. 4. 09. bis 13. 5. 09.

Diagnose: Tabespsychose.
Grund der Einlieferung: Selbstmordversuch.
Zwischenanamnese: Angaben des Ehemannes: 2 bis 3 Wochen nach der Entlassung war Pat. ruhig. Am 21. 3. etwa 3 Stunden lange heftige Erregung. 2. Wutanfall am 1. April, dritter vor ein paar Tagen. Jedesmal glaubt Pat., daß ihr Kind von ihrer Schwester geplagt würde, obgleich ihre Schwester nicht beim Kinde war. Sie selbst würde auch von ihrem Manne und ihren Angehörigen geplagt werden. Sie müsse für König Ludwig leiden.
Verhalten: Weigert sich, ins Untersuchungszimmer zu kommen. Sie sei gesund. Ziemlich gereizt und mißtrauisch. Völlig orientiert, bestreitet Selbstmordgedanken gehabt zu haben. Sie höre schon lange keine Stimmen mehr, erinnert sich aber daran, früher welche gehört zu haben. Sie sei von ihrem Manne mißhandelt worden, was nach allerhand Spuren am Körper möglich zu sein scheint. Verhält sich in den nächsten Tagen im allgemeinen ruhig und geordnet. Schreibt einen langen Brief an die Kaiserin, verlangt nach ihrem Kinde und ihre Entlassung.
13. 5. Nach Eglfing überführt.
4. Aufnahme. 13. 6. 1912 bis 25. 7. 1912.
Diagnose: Unklar, (luetische Psychose, Dementia praecox).
Grund der Einlieferung: Erregungszustände.
Angaben des Ehemannes: Holte Mai 1909 Pat. aus Eglfing ab. Lebte eine Zeitlang ganz vernünftig zu Hause, ganz gut war es aber nie. Am 12. August 1909 von einem gesunden Kinde entbunden. Beschäftigte sich zeitweise etwas, jedoch war ihre Arbeit nicht viel wert. Brachte fortwährend unsinnige Ideen vor: „Der Prinzregent sei ihr Vater, der Kaiser ihr Taufpate und dgl." Äußerte, sie wolle ihren Mann umbringen. Ging gestern mit einem Beil von hinten auf Ref. los. Sie hat im allgemeinen eine Abneigung gegen Ref. und sprach mit ihm schon 3 Jahre kaum mehr. Jetziger Erregungszustand seit 5 bis 6 Wochen. Sei sehr anhänglich an die Kinder. Manchmal lacht sie grundlos, häufig sprach sie zum Kruzifix hinauf und gab unsinnige Antworten an Stimmen, die sie oft hört. Öfters gewalttätig. In ihrer Kleidung vernachlässigte sie sich sehr gegen früher.
Somatisch: Patellarsehnen- und Achillessehnenreflexe völlig er-

loschen. Pupillen beiderseits verzogen und lichtstarr. Wa. R. im Blut ∅, im Liquor ∅, Nonne ∅, 45 Zellen pro cmm.
Psychisch: Im allgemeinen ruhig und fügt sich. Ist in ihren Reden aber ganz zerfahren und zu keiner präzisen Antwort zu bringen. Fasselt allerhand Unsinniges, glaubt mit Christus verheiratet zu sein. Dabei ist sie äußerlich ganz geordnet und erkennt die Ärzte.
19. 6. 1912. Bericht über klinische Vorstellung:
Pat. ist zerfahren, faselig, gibt keine präzise Antwort. Man kann sich mit ihr nicht in Beziehung setzen. Sonst ist sie besonnen und im Äußeren geordnet. Erst wenn sie zu sprechen anfängt, treten die krankhaften Erscheinungen hervor. Früher hatte sie Sinnestäuschungen, von Wahnbildungen ist keine Rede, nur ab und an Wahnideen. Es finden sich noch andere Zeichen, die für eine Dementia praecox sprechen: Sie läßt sich stechen, ohne sich zu wehren, hat Erscheinungen der Befehlsautomatie und keine sehr ausgesprochene Katalepsie. Im ganzen bietet Pat. ein Bild, das die Züge der Dementia praecox trägt. Pat. war schon früher in der Anstalt, gesund war sie dazwischen nie. In den letzten Wochen Verschlimmerung. War immer eigenartig in ihrem Wesen, mißtrauisch, gereizt. Hatte besonders Mißtrauen gegen ihren Mann. Zu ihren Kindern war sie gut.
Neurologisch finden sich differente Pupillen, die linke ist weiter als die rechte, beide lichtstarr und nur schwach auf Convergenz reagierend. Patellarsehnenreflexe sind erloschen. Hypalgesie an beiden Unterschenkeln. Es sind jedenfalls Störungen, die auf eine Erkrankung luetischer Art im Zentralnervensystem hinweisen. Es handelt sich entweder um eine luetische Affektion des Zentralnervensystems mit den psychischen Störungen der Dementia praecox, oder um ein zufälliges Zusammentreffen von beiden. Wa.R. im Blute war bei der ersten Aufnahme negativ. Die Lumbalpunktion mißglückte. Die Blutuntersuchung würde jetzt wahrscheinlich kein anderes Resultat ergeben, von einer Lumbalpunktion könnte man einige Aufklärung erwarten. Eine Zellvermehrung in der Spinalflüssigkeit spräche dafür, daß das Krankheitsbild mit der Lues in Zusammenhang zu bringen wäre. Ein negativer Befund würde nicht dafür sprechen.
(Lumbalpunktion in der Zwischenzeit ausgeführt; ergab obiges Resultat: 45 Zellen in cmm).

25. 7. 1912 nach Eglfing überführt.
Katamnese Eglfing:
25. 7. 1912. Erklärt sich für unschuldig eingesperrt, lächelt überlegen, macht gehemmten Eindruck.
26. 7. 1912. Bis jetzt ruhig. Erklärt, sie wolle gewiß nichts anstellen.
2. 8. 1912. Ist nicht zum Aufstehen zu bewegen, drängt fort; schrieb in den letzten Tagen an den Anstaltsgeistlichen lange Briefe, die nur einen Wortsalat enthielten.
10. 8. 1912. Verhält sich ruhig, drängt fort, will zu ihren Kindern. Spricht und schreibt geordnet, jedoch inhaltsleer. Zeigt keine Krankheitseinsicht. Will sich mit ihrem Manne wieder vertragen.
25. 8. 1912. Drängt sehr fort. Wird vom Manne trotz Abratens aus der Anstalt geholt.
Katamnese 1921. Briefliche Antwort des Ehemannes: „Das Befinden meiner Frau ist, seitdem sie aus der Klinik entlassen wurde, recht zufriedenstellend. Sie verrichtet täglich ihren Haushalt und übt nebenbei ihren Beruf als Näherin aus. Von ihrer Krankheit ist nicht mehr viel bemerkbar. Bei Eintritt ihrer Periode ist es etwas schlimmer."
Katamnese 1926. Schreiben des Ehemannes: Dieselben Angaben wie 1921. Auch jetzt noch kommen leichte geistige Störungen nur zur Zeit der Periode vor.
Zusammenfassung: (siehe Bericht über die klinische Vorstellung). Bemerkenswert ist noch, daß die Krankheit im Jahre 1908 im Anschluß an eine Influenza ausgebrochen sein soll und daß in den letzten Jahren, wo Pat. im allgemeinen wieder geordnet erschien, nur zur Zeit der Periode leichte Störungen auftraten.

Zusammenfassende Schlußbetrachtungen.

Unter 180 Krankheitsbildern mit der Diagnose Lues cerebri fanden sich:
Apoplektischer Insult auf syphilitischer Grundlage mit nur neurologischen Erscheinungen bei völliger psychischer Intaktheit:

18 Fälle $(9 + 9) = 10\%$

Aphasische Störungen nach apoplektischem Insult auf syphilitischer Grundlage ohne sonstige geistige Störungen:

10 Fälle $(9 + 1) = 5{,}5\%$

Einfache syphilitische Neurasthenie:
4 Fälle (4 + 0) = 2,2%
Exogener Reaktionstypus mit akutem Verlauf:
a) Syphilis als alleinige Ursache
10 Fälle (8 + 2) = 5,5%
b) Syphilis und andere Komponenten
12 Fälle (10 + 2) = 6,6%
Exogener Reaktionstypus von protrahiertem Verlauf (halluzinatorisch-paranoide Bilder):
a) Syphilis als alleinige Ursache
2 Fälle (1 + 1) = 1,1%
b) Syphilis und andere Komponenten
1 Fall (0 + 1) = 0,5%
Chronische Defektpsychosen ohne fortschreitenden Verfall:
a) Syphilis als alleinige Ursache
29 Fälle (21 + 8) = 16%
b) Syphilis und andere Komponenten
7 Fälle (0 + 7) = 4,4%
Chronische Defektpsychosen mit fortschreitendem geistigen Verfall:
a) Syphilis allein
14 Fälle (5 + 9) = 8%
b) Syphilis und andere Komponenten
10 Fälle (6 + 4) = 5,5%
Fälle, die sich nach Nachforschungen als progressive Paralysen herausstellten:
11 Fälle (9 + 2) = 6%
Hirnluetische Erkrankungen mit epileptischen Anfällen:
8 Fälle (3 + 5) = 4,4%
Fälle vom Anhang zur Gruppe 2 (s. v.)
3 Fälle (2 + 1) = 1,6%
Lues cerebri und Erkrankungen von endogenem Gepräge:
a) L. c. + Psychopathie
6 Fälle (3 + 3) = 3,3%
b) L. c. + depressive Zustände
9 Fälle (4 + 5) = 5%
c) L. c. + manisch-depressives Irresein
2 Fälle (1 + 1) = 1,1%

d) L. c. + paranoide Erkrankungen
5 Fälle (3 + 2) = 2,7%
e) L. c. + Schizophrenie
7 Fälle (2 + 5) = 3,9%
(Bei den eingeklammerten Ziffern bedeutet die erste die Anzahl von männlichen und die zweite die Anzahl von weiblichen Kranken).

Die Berücksichtigung von mehreren exogenen Komponenten bei der Einreihung eines anscheinend durch Hirnlues bedingten Krankheitsbildes ist nicht nur klinisch brauchbar, sondern zeigt auch statistisch und in Hinsicht auf die Prognose gewissen Wert. Am deutlichsten ist dies ersichtlich bei den exogenen Reaktionstypen und bei den chronischen Defektpsychosen.

Nach Ausschluß der Fehldiagnosen aus der Gruppe 1. I. a), bei der nur durch Syphilis allein bedingte Krankheitsbilder vom exogenen Reaktionstypus akuten Verlaufs angeführt sind, handelte es sich fast ausschließlich um meningitische Zustände im Sekundärstadium der luetischen Erkrankung, deren Prognose nach unserem Material günstig erscheint.

Ganz anders aber ist die Prognose, wenn eine zweite oder dritte exogene Komponente dazu kommt. (Gruppe 1. I. b). Von 12 Erkrankungen waren 10 tödlich. Dabei 9 mal Arteriosklerose (teilweise auch mit Alkoholabusus). 2 mal guter Ausgang (Morbus Basedow bezw. fieberhafter Gelenkrheumatismus). Die Lues spielt dabei in Bezug auf die Färbung und den akuten Verlauf sicher eine wichtige Rolle, aber bestimmend für den Ausgang ist die Arteriosklerose. Fälle des exogenen Reaktionstypus mit protrahiertem Verlauf vom Charakter der halluzinatorisch-paranoiden Erkrankung sind sehr selten, wenn man den hirnluetischen Prozess als alleinige Ursache annehmen will. Sie bedürfen nach unserem Material wohl auch keiner besonderen Gruppierung und lassen sich eher noch in die Gruppe der Erkrankung mit endogenem Gepräge einreihen.

Hirnsyphilitische Erkrankungen mit epileptischen Anfällen bedürfen noch eingehender histologischer Untersuchung. Aus unserem Material lassen sich keine endgültigen Schlüsse ziehen in Bezug auf die Frage, ob der hirnluetische Prozess die alleinige Ursache ist. Nach den 2 vorliegenden Sektionsbefunden in unserem Material ist es nicht wahrscheinlich, daß der Lues die Hauptrolle zukommt.

Bei den chronischen Defektpsychosen ist die Berücksichtigung anderer exogener Komponenten wieder von grossem Wert. Kombination mit Alkokolabusus ergibt eine wesentlich bessere Prognose als eine solche mit Arteriosklerose.
Bei den Erkrankungen endogenen Gepräges bei Hirnlues läßt sich aus unserem Material doch manches Besondere herauslesen. Es sei auf die jeweiligen kritischen Zusammenfassungen bei den einzelnen Fällen hingewiesen.

Über halluzinatorische Störungen in unserem Material.

Unter den beschriebenen Krankheitsbildern finden sich halluzinatorische Störungen in folgenden Fällen: 7, 9, 10, 11, — 13, 14, — 20, — 24, 25, — 28, 29, 31, 32.

Die Fälle von 7 bis 11 stellen exogene Reaktionstypen mit akutem Verlauf dar. Es ist sehr auffallend, daß in unserem Material bei dem exogenen Reaktionstypus halluzinatorische Störungen nur in solchen Fällen vorkommen, bei denen noch eine zweite krankmachende Komponente neben der Lues vorhanden war. Und zwar hatten 4 von 6 Erkrankungen der Gruppe 1.I.b) halluzinatorische Bilder. Bei Fall 7, 10 und 11 Alkoholabusus, bei Fall 9 fieberhafter Gelenkrheumatismus als zweite Komponente. Der Mechanismus der halluzinatorischen Störung beim exogenen Reaktionstypus liegt auf derselben Linie wie die Verwirrtheit selbst und beruht auf dem „Versagen der zusammenhaltenden Kräfte des Seelenlebens".
Die Sinnestäuschungen bei Gruppe 1.I.b) sind fast ausnahmslos optischer Art: allerhand Tiere, dunkle Gestalten, Schatten, Nebelbilder, Lichter, Glaskugeln u. dgl.
Bei den beschriebenen Erkrankungen der Gruppe 1.I.a) (exogener Reaktionstypus akuten Verlaufs mit Syphilis als alleiniger Ursache) finden sich im Gegensatz dazu keine halluzinatorischen Störungen. Fall 13 und 14 sind als eigene halluzinatorisch-paranoide Gruppe beschrieben. Beide Male handelte es sich um Stimmenhören. Bei Fall 13 besteht nahezu im ganzen Verlauf der Erkrankung eine Inkohaerenz mässigen Grades. In früheren Lebensjahren hatte Pat. dem Alkohol stark zugesprochen.
Bei Fall 14 sind die Stimmen ohne Zweifel zum größten Teil auf den unsinnigen Schnaps- und Biergenuß zurückzuführen. In der

Anstalt und in Haar verschwanden die Sinnestäuschungen nahezu vollständig unter Entzug des Alkohols.
Unter unseren Fällen von syphilitischer Epilepsie weist keiner der beschriebenen halluzinatorische Störungen auf.
Bei den chronischen Defektpsychosen finden sich im Fall 20 Sinnestäuschungen optischer und akustischer Art. Hier aber auch wieder der Alkoholabusus in hohem Masse zu berücksichtigen, wie auch das Nachlassen und völlige Verschwinden nach Entzug des Alkohols in Anstalt und Heilstätte zeigt.
Fall 24, im Anhang 2 beschrieben, gleicht zunächst einer halluzinatorisch-paranoiden Psychose, geht später in einen Zustand von hochgradiger Erregung über, der anscheinend hauptsächlich durch Sinnestäuschungen akustischer Art bedingt ist. Es sei hier auf die kritische Zusammenfassung der Psychose auf Seite 63 hingewiesen.
Ebenfalls im Anhang 2 beschrieben ist Fall 25, der im ganzen das Bild eines exogenen Reaktionstypus macht und ausser Alkoholmißbrauch vielleicht noch urämische Zustände als Ursache der Inkohaerenz hat. Auch die reichlichen Sinnestäuschungen akustischer und optischer Art liegen im Wesen auf derselben Linie.
Bei den Erkrankungen endogenen Gepräges mit Hirnlues ist es vor allem die Schizophrenie, die gerne halluzinatorische Störungen aufweist. (Fall 31 und 32). Fall 28 gehört schließlich auch hierher, denn, obwohl er sehr unklar ist, zeigt er doch schizophrene Züge.

Nach der Gesamtübersicht über die halluzinatorischen Störungen läßt sich demnach sagen, daß es beim exogenen Reaktionstypus und den chronischen Defektpsychosen auffallend in Erscheinung tritt, wie Sinnestäuschungen besonders da vorkommen, wo mehrere Komponenten als krankmachende Ursachen berücksichtigt werden müssen und wie dabei in dieser Hinsicht der Alkoholmißbrauch noch eine besonders große Rolle zu spielen scheint.

Ich bin hiermit am Ende der Arbeit angelangt und hoffe, mit derselben einen kleinen Beitrag zum Studium der hirnsyphilitischen Erkrankungen gegeben zu haben.

Zum Schluße möchte ich Herrn Geheimrat Bumke für die Überlassung der Arbeit und Herrn Professor Boström für seine wertvollen Ratschläge den herzlichsten Dank aussprechen.

Benutztes Schrifttum.

Fabritius: Zur Klinik der nicht paralytischen Lues-Psychosen. Beihefte zur Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1924, Heft 24.

Krause: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Hirnsyphilis. 1915. Verlag Gustav Fischer, Jena.

Plaut: Halluzinosen der Syphilitiker. 1915.

Seelert: Verbindung exogener Faktoren in dem Symptomenbild und der Pathogenes der Psychose. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1919.

Walther: Hirnsyphilis und Psychose. Zeitschr. f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie 1914.

Wimmer: Nichtsyphilitische Geisteskrankheiten bei Syphilitikern. Zeitschr. f. .d gesamte Neurologie und Psychiatrie 1918.

Lebenslauf.

Verfasser wurde am 31. Januar 1902 als Sohn des Kaufmanns Friedrich Kalhammer zu Nürnberg geboren. Dort besuchte er von 1908—1912 die Volksschule und von 1912—1921 das dortige Realreformgymnasium, welch letzteres er Ostern 1921 nach bestandener Reifeprüfung verließ. Er begann sein Hochschulstudium im Sommersemester 1921 zu München, blieb dortselbst 3 Semester und legte dann im 5. Semester zu Erlangen die Ärztliche Vorprüfung ab. Die klinischen Semester verbrachte Verfasser in Erlangen, Würzburg und München. Im Wintersemester 1925/26 legte er zu München das Staatsexamen ab. Während des ganzen praktischen Jahres war Verfasser am Städt. Krankenhaus zu Nürnberg tätig, davon 5 Monate an der Gynäkologischen und 7 Monate an der Inneren Abteilung. Am 1. Juli 1927 erhielt er die Ärztliche Approbation. Tag der Promotion: 15. Juli 1927.